

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА**



**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

**БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ
ТА ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
(online формат)**

Генеральний інформаційний партнер –
платформа «Аксемедін»

**Конференцію внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів
і науково-практичних конференцій МОЗ та НАМН України**

**09 жовтня 2020 року
Київ**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА**

**БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ
ТА ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю
(online формат)**

Електронне видання

Київ - 2020

УДК: 614.25:615.1:378.22.001.73

Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я (9 жовтня 2020 року). МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.- Київ : НМАПО імені П. Л. Шупика, 2020.- 495 с.

До збірника увійшли тези доповідей, що містять теоретичні та практичні результати наукових досліджень і розробок учасників науково-практичної конференції, присвячені питанням світових тенденцій безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів; реформи системи підготовки медичних кадрів; сучасних технологій у системі підготовки медичних і фармацевтичних кадрів; сучасних інформаційних технологій у медичній освіті; питанням віртуалізації освіти; актуальним психологічним проблемам лікарів і провізорів на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я; педагогіко-психологічним аспектам підготовки лікарів і провізорів та збереженню здоров'я соціуму; психологічним аспектам діяльності лікаря в кризових ситуаціях (зокрема, в умовах пандемії COVID-19); етико-правовим проблемам і пріоритетам розвитку медичної та фармацевтичної освіти; правовим та етичним аспектам реформування системи охорони здоров'я; розвитку галузі охорони здоров'я в контексті правової системи України.

Матеріали подано в авторській редакції. Відповідальність за науковий та літературний зміст опублікованих матеріалів несуть їхні автори. Думки авторів можуть не збігатися з позицією редколегії.

Збірник матеріалів підготовлено до друку кафедрою педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Електронний варіант збірника розміщено на сайті НМАПО імені П.Л. Шупика за посиланням: https://nmapo.edu.ua/zagruzka2/CPD_conference_NMAPO_2020.pdf.

При передруку публікацій посилання на збірник обов'язкове.

Редакційна колегія:

Вороненко Юрій Васильович

ректор НМАПО імені П. Л. Шупика, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор (голова редакційної колегії)

Вдовиченко Юрій Петрович

перший проректор НМАПО імені П. Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор,

Бабінцева Лариса Юріївна

декан факультету підвищення кваліфікації викладачів, доктор біологічних наук, кандидат фармацевтичних наук, доцент

Краснов Володимир Володимирович

завідувач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

П'янківська Людмила Володимирівна

старший викладач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика, кандидат психологічних наук

Юрковська Лідія Геннадіївна

старший викладач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика

Доступ до відеоматеріалів конференції відкритий за посиланням:



<https://youtu.be/4dkAYSiXm28>

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ

Голова:

Вороненко Юрій Васильович – ректор НМАПО імені П. Л. Шупика, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, заслужений діяч науки і техніки України

Заступник голови:

Краснов Володимир Володимирович – завідувач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

Члени комітету:

Вдовиченко Юрій Петрович – перший проректор НМАПО імені П. Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, заслужений лікар України

Толстанов Олександр Костянтинович – проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України

Бабінцева Лариса Юріївна – декан факультету підвищення кваліфікації викладачів, доктор біологічних наук, кандидат фармацевтичних наук, доцент

П'янківська Людмила Володимирівна – старший викладач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика, кандидат психологічних наук

Юрковська Лідія Геннадіївна – старший викладач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР ОРГАНІЗАЦІЙНОГО КОМІТЕТУ

П'янківська Людмила Володимирівна – старший викладач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика, кандидат психологічних наук

Модератор:

Краснов Володимир Володимирович – завідувач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

Співмодератор:

Юрковська Лідія Геннадіївна – старший викладач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО	24
ректора НМАПО імені П. Л. Шупика, академіка НАМН України, Юрія Васильовича Вороненко	
ВІТАЛЬНЕ СЛОВО	26
декана факультету підвищення кваліфікації викладачів НМАПО імені П. Л. Шупика Лариси Юріївни Бабінцевої	
ДОПОВІДІ ВІДПОВІДНО ДО ПРОГРАМИ КОНФЕРЕНЦІЇ.....	33
ГЛОБАЛЬНІ ЗМІНИ ПЕДАГОГІЧНОЇ СТРАТЕГІЇ ПЕРЕДАВАННЯ ЗНАНЬ ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ	33
Мінцер О. Бабінцева Л.	
ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА В УКРАЇНІ: СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	38
Волосовець О.	
ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ З ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ COVID-19	41
Заліська О. Січкоріз О. Семенов О. Слабий М. Максимович Н. Колач Т.	
НОВІ ВИКЛИКИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ	43
Краснов В.	
АНДРАГОГІЧНІ ПІДХОДИ ПРИ ДИСТАНЦІЙНОМУ НАВЧАННІ МАГІСТРАНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ	46
Трохимчук В. Давтян Л. Коритнюк Р. Убогов С. Гульпа В. Дроздова А. Соловйов С.	
ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	51
Іващук С. Сидорчук Л.	

НООПАРАДИГМА ПОСТПАНДЕМІЧНОЇ ТА ВІРТУАЛЬНОЇ ОСВІТИ І ЕКОРЕЙТИНГІ УНІВЕРСИТЕТІВ	54
Кірик Т. Корсак К.	
ВІДОБРАЖЕННЯ ЗМІНИ ПАРАДИГМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ	58
Апанасенко Г. Владимирова Н. Волгіна Л. Куртян Т. Морозов М. Петренко І. Пархоменко Ж.	
THE FEATURES AND PRIORITIES OF CONDUCTING CLASSES IN THE REMOTE FORMAT IN PREPARATION FOR THE OSCE IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN THE COVID-19 ERA	61
Konkov D. Klivak V.	
СУЧАСНІ ІТ-РІШЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: ДОСВІД СУМДУ	64
Зубань Ю. Мелеховець О. Лобода А.	
НАВЧАННЯ ВІЙСЬКОВИХ І ЦИВІЛЬНИХ ЛІКАРІВ ТА ПСИХОЛОГІВ ЗА ТЕМОЮ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	68
Древіцька О. Сиропятов О. Мажбіц В.	
СУЧАСНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЯК КОМУНІКАТИВНА ПРАКТИКА: ФІЛОСОФСЬКИЙ КОМЕНТАР	72
Бойченко Н. Пустовіт С.	
ЗМІСТОВІ СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	77
Касьянова О. Разумна А. Стриженко Т. Зюзько В.	
АКТУАЛЬНІСТЬ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ- ЛАБОРАНТІВ: РИЗИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	81
Сергієнко Л. Колядінцев В. Клименко В.	

ЗМІНА ПАРАДИГМИ ВИКЛАДАННЯ НЕОНАТОЛОГІЇ ЛІКАРЯМ В СИСТЕМІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ	85
Шунько Є.	
Лакша О.	
Кончаковська Т.	
Краснова Ю.	
Костюк О.	
Бєлова О.	
Сіренко О.	
ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПОЗИТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ЕТЕПАХ ЇХ РЕАЛІЗАЦІЇ ТА МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ	89
Юрковська Л.	
СЕКЦІЯ: СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ	94
ПІДГОТОВКА ДИТЯЧИХ ОТОЛАРИНГОЛОГІВ В УКРАЇНІ	94
Косаковський А.	
Синяченко В.	
Лайко А.	
Гавриленко Ю.	
Косаківська І.	
Бредун О.	
ПОРІВНЯННЯ ОСНОВНИХ АСПЕКТІВ TED TALKS З ТРАДИЦІЙНИМИ АКАДЕМІЧНИМИ ЛЕКЦІЯМИ	98
Бабкіна Т.	
Смирнова Г.	
Гладка Л.	
ФОРМУВАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНИХ МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ У СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ СТАРШИХ КУРСІВ	100
Корчинська О.	
Бисага Н.	
ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ У ЖІНОК З ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ D	105
Лоя Н.	
Корчинська О.	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	108
Дудник В.	
Пасік В.	

STRATEGY AND PRINCIPLES OF CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF MEDICAL SPECIALISTS	112
Shuper V. Shuper S. Reva T. Trefanenko I. Shumko H.	
НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ ЯК ЗАСОБУ УДОСКОНАЛЕННЯ ОСНОВНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ В БЕЗПЕРЕРВНІЙ ОСВІТІ ФАХІВЦІВ З КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ	116
В'юницька Л.	
ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ЛІКАРІВ ОНКОЛОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ	120
Гордійчук П.	
ОСОБЛИВОСТІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ ПАТОЛОГОАНАТОМІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЦИНИ ТА ПАНДЕМІЇ COVID19	125
Дядик О. Заріцька В. Бекетова Ю. Шатрова К. Іркін І.	
ПРІОРИТЕТИ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	127
Барчук О. Заліська О. Максимович Н. Семенов О.	
НОВІ ПРІОРИТЕТИ У КЛЮЧОВИХ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЯХ ДЛЯ НАВЧАННЯ ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ	129
Блавацька О. Литвин О.	
ВИМОГИ ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗГІДНО ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ (UEMS) З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В РАКУРСІ НОВОЇ ДЛЯ УКРАЇНИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ІНТЕРВЕНЦІЙНА КАРДІОЛОГІЯ» ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ АДАПТАЦІЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ	131
Ященко Н. Зеленчук О. Судакевич С. Хохлов А. Тодуров Б.	

ВКЛАД В МЕДИЦИНУ ТА ПЕДАГОГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ КОРСАКОВА С. С. (ДО 120-РІЧЧЯ З ДНЯ ПАМ'ЯТІ) Невмержицька Н.	135
СЕКЦІЯ: РЕФОРМА СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	140
МОТИВАЦІЯ ЛІКАРІВ ДО БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ: ВІД ЧИННИКІВ ДО КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ	140
Вороненко Ю.	
Гульчій О.	
Захарова Н.	
Балашов К.	
РЕФОРМА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ У КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ	144
Єрошкіна Т.	
ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА ЗАКЛАДІВ (ФАКУЛЬТЕТІВ) ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ З ПИТАНЬ КЛІНІЧНОЇ ДІЄТОЛОГІЇ	148
Анохіна Г.	
Лопух І.	
Коруля І.	
Харченко В.	
ОРГАНІЗАЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ СТОМАТОЛОГІВ – ОРТОПЕДІВ НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНИЙ СТОМАТОЛОГІЇ ІС НМАПО ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА	153
Біда В.	
Дорошенко О.	
Радько В.	
Омельяненко О.	
Клочан С.	
Іванович П.	
Григорович О.	
СОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ СТУПЕНЯ ДОКТОРА ФІЛОСОФІЇ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «СТОМАТОЛОГІЯ»	159
Дорошенко О.	
Павленко О.	
Волосовець Т.	
Дорошенко М.	

ЗНАЧЕННЯ НОВИХ СТАНДАРТІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В УКРАЇНІ	163
Дуб Н. Головчак М.	
КРИВА НАВЧАННЯ ЕНДОУРОЛОГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ	166
Федорук О. Зайцев В. Ілюк І. Владиченко К. Степан В. Візнюк В. Широкий В.	
ЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ СИСТЕМНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ФАХІВЦІВ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	169
Голованова І. Белікова І. Ляхова Н.	
НОВІ НАПРЯМКИ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ З МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ВІДПОВІДНО ДО МІЖНАРОДНИХ ВИМОГ	173
Іващенко О. Вербицький І. Крамарева О.	
АКТУАЛЬНІ ВЕКТОРИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	174
Івнев Б. Осокіна О. Кабанцева А.	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ	178
Павленко С. Пелипенко О. Півень Ю. Ковальов О.	
РОЛЬ СОЦІОГУМАНІТАРНИХ НАУК В ЕПОХУ БІОМЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	182
Поцулко О.	
APPROPRIATE FOREIGN LANGUAGE QUALIFICATION AS AN INTEGRAL COMPONENT OF MEDICAL EDUCATION REFORM IN UKRAINE	186
Turtmys O.	
ДОСВІД АДАПТИВНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПІСЛЯ ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРСЬКИХ КАДРІВ З ПИТАНЬ МЕДИЦИНИ ПРАЦІ	189
Варивончик Д. Демецька О. Копач К. Безвербний П. Еджибія О.	

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЗНАТЬ З БІОСТАТИСТИКИ В ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	194
Грузєва Т. Іншакова Г.	
ДЕЯКІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	198
Костюк О.	
МОЖЛИВОСТІ КАФЕДРИ ПЕДІАТРІЇ № 1 НМАПО ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ДИТЯЧИХ ЛІКАРІВ	201
Охотнікова О. Усова О. Ошлянська О. Яковлева Н. Ткачова Т. Поночевна О. Шарікадзе О.	
АНАЛІЗ НАПРЯМКІВ РЕФОРМУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	205
Панфілова Г. Цурікова О.	
РЕФОРМА СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ОРТОПЕДІВ–ТРАВМАТОЛОГІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	208
Процик А. Герцен Г. Білоножкін Г. Мовчан О. Остапчук Р.	
СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ХІРУРГІЇ	212
Саволук С.	
ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	217
Харченко Н. Коруля І. Харченко В.	
ПІДГОТОВКА КАПЕЛАНІВ ДЛЯ ПОТРЕБ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ УКРАЇНИ	219
Убогов С.	

СЕКЦІЯ: СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ І ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КАДРІВ	224
ЗАПРОВАДЖЕННЯ МОДУЛЬНОГО ПІДХОДУ У ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ НАВЧАННІ З СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ	224
Мішалов В. Хохолева Т. Гуріна О. Петрошак О. Москаленко В.	
ВИКОРИСТАННЯ АНІМАЦІЇ У ВИКЛАДАННІ ДИТЯЧОЇ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ	227
Косаковський А. Бредун О. Синяченко В. Косаківська І. Гавриленко Ю. Бредун С.	
СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ, ФОРМИ ТА МЕТОДИ НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ З АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ВІРУСОЛОГІЇ	230
Дзюблик І. Александріна Т. Соловйов С. Ковалюк О.	
РОЛЬ ДІДЖІТАЛИЗАЦІЇ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ	234
Анчева І.	
ФАРМАЦЕВТИЧНІ КОМП'ЮТЕРНІ БАЗИ ЗНАНЬ ЯК ЕЛЕМЕНТИ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДИДАКТИКИ	238
Бойко А.	
ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ АНГЛОМОВНИМ СТУДЕНТАМ ВНМУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ	240
Черепакіна Л. Медражевська Я. Кулешов О.	
ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ОСВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	243
Гаджула Н. Черепакха О. Пилипюк О. Квірікашвілі А.	

ІНТЕРАКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФОРМУВАННІ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ З ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ	246
Калашченко С. Гринзовський А. Дюдіна І. Мартиненко С.	
СУЧАСНЕ ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ З ПИТАНЬ ЛІКУВАННЯ ОПКІВ, ЇХ НАСЛІДКІВ, РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНОЇ, ПЛАСТИЧНОЇ ТА ЕСТЕТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ	249
Козинець Г. Жернов О. Пінчук В. Циганков В. Кебуладзе І. Шендрик В.	
ПОДОЛАННЯ ЦИФРОВОГО РОЗРИВУ У ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ФАРМАКОЛОГІЯ». ВІД ІДЕЇ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ	253
Кравцова Н.	
СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПІД ЧАС ПЕРЕХОДУ НА ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ: ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ КУРСУ «ЛАТИНСЬКА МОВА ТА МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ» У ХНМУ	256
Литовська О.	
УМІННЯ ПРАЦЮВАТИ З E-HEALTH ТА ТЕЛЕМЕДИЧНИМИ СИСТЕМАМИ ЯК ПОКАЗНИК ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	260
Орду К.	
СИСТЕМА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПИТАНЬ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ В ЗАКЛАДАХ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	265
Подаваленко А. Зеленська Л.	
FROM OFFLINE TO ONLINE: MODIFYING THE STRATEGIES OF TEACHING HISTORY OF PHARMACY	269
Razdorskaya O.	
DISTANCE LEARNING AT THE DEPARTMENT OF PROSTHETIC STOMATOLOGY IN NATIONAL PIROGOV MEMORIAL MEDICAL UNIVERSITY	274
Romashkina O.	
МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ	277
Семеняк А. Андрієць О. Ніцович І.	

ПЕРШИЙ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ АТЕСТАЦІЇ ВИПУСКНИКІВ У ФОРМАТІ ONLINE	279
Середюк Н. Вакалюк І. Деніна Р. Барила Г. Барила Н. Волинський Д.	
ФОРМУВАННЯ УМІНЬ І НАВИЧОК У БАКАЛАВРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ	282
Сорокман Т. Бачу М.	
КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ	285
Сорокман Т. Бачу М.	
ELABORATION OF KNOWLEDGE ASSESSMENT METHODS OF FINAL-YEAR STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES	288
Voloshin A. Osychnyuk L. Chumak O. Rakova K.	
ТЕХНОЛОГІЯ ПОРТФОЛІО — ВАЖЛИВА СКЛАДОВА БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ПРОВІЗОРІВ	291
Білан О. Кухар О. Новикова Л.	
УПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І ЗМІНА МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ	297
Видиборець С. Пісоцька Л. Попович Ю.	
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАННІ ЛІКАРІВ ІНТЕРНІВ ОРТОПЕДІВ- ТРАВМАТОЛОГІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	301
Герцен Г. Мовчан О. Процик А. Дибкалюк С. Білоножкін Г.	
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ	304
Гриньків Я. Заліська О. Блавацька О.	

КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ І ІІ МІСЦЕ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	306
Мулярчук О. Андріяка А. Борисенко Д. Видиборець С.	
ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ: ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ НА ПРИКЛАДІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО ЕТАПУ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	310
Танцюра Л. Кисельова І. Біляєв А.	
ПЛАТФОРМ EDMODO ТА MOODLE ПРИ ЗМІШАНОМУ НАВЧАННІ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ	313
Трефаненко І. Соловйова О. Рева Т. Шумко Г. Шупер В.	
БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ РАДІОЛОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ	317
Щербіна О. Коваленко Ю.	
ОКРЕМІ СКЛАДОВІ НА ШЛЯХУ ДО ПОБУДОВИ МОДЕЛІ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	320
Трет'якова А.	
СЕКЦІЯ: СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ	322
ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В ПОЄДНАНІ З ОЧНОЮ ФОРМОЮ - НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ- СТОМАТОЛОГІВ	322
Білоклицька Г. Центіло Т.	
НОВІ ФОРМИ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ І СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ	327
Владимиров О. Губенко В. Владимирова Н. Ткаліна А. Федоров С. Голик В.	

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ЯК СПОСІБ ОСЯГНУТИ НЕОСЯЖНЕ	329
Черняк М. Корчинська О.	
ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ УРЯДОВОЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ПРОВІЗОРІВ	334
Гуз В. Заліська О. Максимович Н.	
ДОСВІД ДИСТАНЦІЙНОГО ПРОВЕДЕННЯ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ ІЗ ПРОТИДІЇ НАСИЛЬСТВУ НАД ДІТЬМИ ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	335
Богуцька Н.	
THE USE OF MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES IN EXTRACURRICULAR ACTIVITY OF MEDICAL STUDENTS	339
Kushniryk O.	
ВИВЧЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ	342
Мельник Н.	
РОЛЬ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ТА СПІЛКУВАННЯ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ	344
Ніцович І. Семеняк А.	
З ДОСВІДУ ВІДДАЛЕНОГО ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОЇ НАУКИ	349
Рашиді Б.	
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ	352
Сливка Н. Лукашів Т.	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДИСТАНЦІЙНОГО ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ НА КАФЕДРІ МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ	357
Волосовець А. Зозуля І. Боброва В.	
ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ КАРАНТИНУ НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ НМАПО ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА	358
Біда В. Дорошенко О. Радько В. Клочан С. Оснач Р. Паливода І. Омельяненко О.	

ВИКОРИСТАННЯ MS TEAMS ДЛЯ ДИСТАНЦІЙНОГО ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ	360
Строїтелева Н. Дмитрієв В. Іванькова Н.	
ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ ПРИ ЗМІШАНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ	364
Трефаненко І. Гречко С. Соловйова О.	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІРТУАЛЬНИХ СИМУЛЯТОРІВ У ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІН ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ	368
Круглова О. Руденко І. Гайдаш О. Ігнатова А. Саламадзе О. Самарцев В. Смирнова Н. Ребрик І.	
СЕКЦІЯ: ПИТАННЯ ВІРТУАЛІЗАЦІЇ ОСВІТИ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	371
ДОСВІД ДИСТАНЦІЙНОЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 В СІНГАПУРІ	371
Дуда О. Бойко В. Коцюбайло Л. Манжелєєва І. Вега А.	
СТВОРЕННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО МУЛЬТИМЕДІЙНОГО КОНТЕНТУ З ІНФОРМАТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН ДЛЯ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	374
Чалий О. Кривенко І. Чалий К.	
МОЖЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ З УРОЛОГІЇ	379
Федорук О. Зайцев В. Ілюк І. Владиченко К.А. Степан В. Візнюк В. Широкий В.	

ПОДОЛАННЯ АГРЕСИВНОСТІ СТУДЕНТІВ У ВИЩІЙ ОСВІТІ	381
Костишин З.	
Костишин А.	
Лукач У.	
Кіндрат Г.	
Кіндрат І.	
ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ ПСИХІАТРІЇ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНОВІРУСУ	384
Русіна С.	
Нікоряк Р.	
ПРОБЛЕМИ ВІРТУАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	388
Тодоріко Л.	
Підвербецька О.	
Сем'янів І.	
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛИКИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ- ІНТЕРНІВ	391
Юзько О.	
СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ	394
СТАНОВЛЕННЯ САМОСВІДОМОСТІ ЛІКАРІВ – АКТУАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА І ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА	394
Ерошкіна Т.	
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	397
Чорний О.	
ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК-ЛІКАРІВ У КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЯХ	401
Рохлецова Ю.	
ОСНОВИ ОЦІНЮВАННЯ ТА МОНІТОРИНГУ РІВНЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	405
Барзилович А.	
RESEARCH OF THE LEVEL OF PSYCHOLOGICAL CLIMATE IN PROFESSIONAL PHARMACEUTICAL TEAMS	410
Teterich N.	
Podgaina M.	
Kurylenko Y.	

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	413
Юрценюк О.	
НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ТЕОДОРА ШВАННА (ДО 210 РІЧНИЦІ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)	417
Невмержицька Н.	
СЕКЦІЯ: ПЕДАГОГІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я СОЦІУМУ	421
ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ	421
Могильник А.	
Бодулев О.	
Адамчук Н.	
"ТОЛЕРАНТНІСТЬ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ" ПРИ ФОРМУВАННІ ІНФОРМАЦІЙНО-МЕДИЧНОГО СЕРЕДОВИЩА	425
Ільницька Л.	
НОМОФОБИЯ В АСПЕКТІ ВІРТУАЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ	428
Лисенко О.	
ФАСИЛІТАЦІЯ В ПЕДІАТРІЇ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	431
Тарнавська О.	
ДАНІ ПСИХОГІГІЄНИЧНОЇ ОЦІНКИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ СУЧАСНИХ СТУДЕНТІВ ТА ЇХ УРАХУВАННЯ ПІД ЧАС ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ	435
Сергета І.	
Стоян Н.	
Панчук О.	
Дреженкова І.	
PECULIARITIES OF TEACHING SELECTIVE DISCIPLINES FOR FOREIGN STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDIC DENTISTRY IN TERNOPIL NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY	439
Demkovych A.	
РОЛЬ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ У ВИБОРІ ЇХ МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЇ	441
Біцька І.	
Романуха В.	
THE PECULIARITIES OF THE DISTANCE LEARNING INFLUENCE ON STUDENTS' HEALTH	446
Dunaiev O.	
Grygorian E.	
Gubin M.	
Sokol V.	

УПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ ПІДХОДІВ ГІГІЄНИ ПРАЦІ В ПРОЦЕС ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	448
Дибкалюк С. Герцен Г. Процик А. Мовчан О. Білоножкін Г. Остапчук Р. Штонда Д.	
РЕГУЛЯЦІЯ СТАНУ ТРИВОЖНОСТІ ТЯЖКОХВОРИХ ДІТЕЙ	455
П'янківська Л.	
СЕКЦІЯ: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ (ЗОКРЕМА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19).....	461
ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОБОТИ ЛІКАРЯ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОЇ СЛУЖБИ В КАРАНТИННИХ УМОВАХ У ЗВ'ЯЗКУ З ПАНДЕМІЄЮ SARS-COV-2	461
Василик В. Господарьов Д. Мацькевич В. Юркевич І.	
ЧИННИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПЕРЕНАПРУЖЕННЯ ОТОЛАРИНГОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ В УМОВАХ РОБОТИ ПРИ ПАНДЕМІЇ COVID-19	465
Мацькевич В. Фіщук Р. Камишний О. Ленчук Т. Луцак О.	
МОРАЛЬНО-ПРАВОВІ ТА БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ В ПРОГРАМІ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»	469
Донік О. Литвинова Л. Гречишкіна Н. Артемчук Л.	
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИКАРПАТТЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	472
Матвіюк О. Пришляк О. Бойчук О. Гуровська Н.	
INFLUENCE OF THE DISTAL LEARNING ON THE PSYCHOLOGICAL CONDITION OF ENGLISH-SPEAKING STUDENTS OF STOMATOLOGICAL FACULTY OF VINNYTSYA NATIONAL PIROGOV MEMORIAL MEDICAL UNIVERSITY	476
Romashkina O.	

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МОЛОДИХ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	479
Похилько В. Цвіренко С. Адамчук Н. Чернявська Ю. Бодулев О.	
СЕКЦІЯ: ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ	483
THE ACTUALITY OF TEACHING LAW TO DOCTOR OF GENERAL PRACTICE- FAMILY MEDICINE WHILE STUDYING DERMATOVENEREOLOGY	483
Denysenko O. Perepichka M. Karvatska Y.	
ГЕНЕЗИС СФЕРИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНИ	486
Бухтіярова І.	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» ЯК ВАЖЛИВОГО НАПРЯМКУ РЕФОРМУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	490
Панфілова Г. Богдан Н.	
ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ	492
Мозоль Н.	

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

**ректора НМАПО імені П. Л. Шупика,
академіка НАМН України,
Юрія Васильовича Вороненко**

Шановні колеги!

Радий представити для вас результати роботи науково-практичної конференції «Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я». Сама конференція проходила в online форматі, але для нас кожна зустріч фахівців, навіть у віртуальному професійному, експертному середовищі – це свято.

Ми з вами повсякдень виконуємо багато різних завдань і функцій, але на мій погляд, як організатора конференції і людини, яка вже досить довго опікується проблематикою післядипломної освіти і безперервного професійного розвитку (БПР), є одна головна, я сказав би місія вчителя у медицині. Вона полягає у тому, щоби максимально зберегти і достойно розвинути у наступних покоління наші знання й уміння у благородній професії, бо втратити багатство набагато простіше, ніж його набутти. Саме для цього ми провели цю конференцію – заради наших наступників, яких ми готуємо.

Під час конференції нам вдалося, по-перше, обговорити як у сучасних умовах змін системи охорони здоров'я не виплеснути здобутки сучасної вітчизняної медичної освіти, перефразовуючи класика: «разом з мильною водою реформувать». По-друге, обмінятися досвідом, використовуючи у наших сучасних умовах педагогічні, психологічні, технічні, філософські і юридичні інновації і технології для покращення якості підготовки медичних кадрів.

Ми з вами пройшли екватор буремного 2020 року і продовжуємо працювати у дуже складних умовах. Коронавірусна пандемія суттєво впливає і на якість, і на попит освітніх послуг. Особливо це стосується тих форм навчання, де основну роль грають медичні практичні навички: інтернатура, спеціалізація, стажування, майстер-класи, симуляційні тренінги. Але жорсткі карантинні протиепідемічні заходи – це сьогодні не єдина проблема, яка заважає ефективно працювати і розвиватися медичній освіті.

Назву ще три виклики, які одночасно негативно протидіють дійсно самовідданій освітянській праці. Маю на увазі, по-перше, значне скорочення державного фінансування і відповідно критичне скорочення

посад по загальному фонду - по державній програмі, що утримує в Україні систему заходів БПР лікарів. Але кадрова проблема, як наслідок – це ще не все! Ви знаєте, держава практично десятиліттями не фінансує витрати закладів освіти на обладнання, комп'ютерні та симуляційні технології, публікації у міжнародних журналах, видання підручників, монографій, підтримку інфраструктури закладів вищої освіти (ЗВО), реактиви та витратні матеріали, міжнародні навчальні контакти. Навіть на державний іспит «Крок-3» за державним замовленням не виділяються кошти.

По-друге, настав майже хаос у БПР. Зараз лікарі мають легкі можливості набрати необхідні для атестації бали у чисельних неакредитованих провайдерів, замість якісних освітніх послуг професіоналів. Можна просто купити собі необхідний сертифікат на якомусь так званому «семінарі». Нарешті, по-третє, залишилося ще багато принципових проблем у стосунках клінічних кафедр і їх баз. Нас виштовхують на поле платної оренди, забуваючи, що нам держава дає державне замовлення на підготовку підвищення кваліфікації кадрів та їх БПР. Крім того, роль клініцистів у наданні допомоги зведена нанівець. Навіть зникає юридичний дозвіл клінічній кафедрі навчати медицині у лікарні.

Всі ці проблеми суттєво впливають на систему підготовки медичних кадрів в Україні. І ці проблеми необхідно обговорювати.

Результати роботи конференції, що вам пропонуються у цьому збірнику, покликані не тільки ідентифікувати існуючі ризики, але й запропонувати шляхи їх вирішення. Саме від нас з вами залежить майбутнє медичної освіти!

Запрошую до матеріалів конференції, що відбулася і подальшої співпраці на професійних теренах!

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

**декана факультету підвищення
кваліфікації викладачів НМАПО
імені П. Л. Шупика
Лариси Юрїївни Бабінцевої**

Шановні колеги, читачі, друзі!

Ви маєте унікальну можливість ознайомитись із результатами науково-практичної конференції з міжнародною участю "Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я". За майже тридцятилітню історію незалежної України багато змінилось і в країні й у галузі, проте незмінним залишилось одне з завдань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика та, зокрема факультету підвищення кваліфікації викладачів, — інформування працівників галузі охорони здоров'я України, науково-педагогічних працівників, науковців, громадськості про результати досліджень, їх реалізації у практичній охороні здоров'я та при набутті нових або вдосконаленні наявних компетентностей стосовно сучасних тенденцій і процесів безперервного професійного розвитку, що відбуваються в галузі охорони здоров'я України та світі.

Відомо, що безперервність освіти давно є поширеною практикою в розвинених країнах Європи, Америки та Азії, зокрема у Великій Британії, США, Польщі, Чехії, Швеції, Сингапурі та інших. Зауважимо, безперервна освіта — це не примус або розкіш, а нагальна потреба. Провідним же принципом функціонування освітнього простору став принцип безперервності освіти людини впродовж усього її життя, що, зокрема для спеціалістів сфери охорони здоров'я України діє з 2019 року.

Світова глобалізація змінює фактори успішного соціально-економічного розвитку, в якому на перший план виходять: рівень інформатизації суспільства та розвиток наукоємних технологій. Сучасні суспільства все більше залежать від технологій, оскільки нові можливості та способи інтеграції освітнього процесу створюються кожного дня. Останнім часом відбуваються суттєві зміни філософії освіти, обумовлені надзвичайно швидким створенням нових технологій передавання знань, у першу чергу, інформаційних. Це призвело до того, що в усьому світі кращі системи вищої освіти за вимогами ринку праці не встигають. у результаті постійною потребою стає розроблення нових систем передавання знань, у першу чергу, в системі медичної освіти. Проте

змінення тільки формальних вимог до результатів навчання не здатне істотно змінити характер освіти. Формулювання нових завдань повинно бути підтримано формуванням адекватних структури та змісту освітніх програм.

Сучасні інформаційні технології є однією з важливих складових безперервного професійного розвитку спеціалістів. Достатньо назвати технології електронної освіти, дистанційного контролю знань, самоосвіти, оцінювання компетентності спеціалістів, моніторингу знань і, нарешті, створення портфоліо.

Отже, в сучасних умовах масивного впровадження інформаційних технологій, а також ураховуючи вплив пандемії коронавірусу, важливим стає адекватне змінення педагогічної стратегії передавання знань при безперервному професійному розвитку лікарів і провізорів.

Напевно, ми маємо навчитися сприймати світ по-новому. Безумовно, розібратися в нових реаліях допомагають подібні заходи.

Варто зазначити, що дане видання — не збірка теоретичних досліджень спеціалістів із питань безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів, а майданчик для виступу професіоналів, які шукають і апробують на практиці найкращі шляхи та способи розвитку сфери охорони здоров'я країни. Відповідно, багатоваріантність форм, моделей, технологій, напрямів безперервного професійного розвитку працівника уможливорює підвищення його конкурентоспроможності на ринку праці, здатності до саморозвитку, самонавчання та самореалізації упродовж життя шляхами формальної, неформальної та інформальної освіти. в сучасних умовах суттєво збільшується необхідність безперервного розвитку і постійного оновлення людського знання, компетенцій і навиків.

Отже, безперервна медична освіта та безперервний професійний розвиток мають велике значення в постійному вдосконаленні знань, умінь та отриманні практичного досвіду медичними працівниками, що покращує якість медичної допомоги в країні.

Бажаю, шановні читачі та дописувачі цієї збірки, міцного здоров'я, оригінальних ідей і натхнення в пошуку нових актуальних тем для обговорення на майбутніх зустрічах!

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ

10.00 – 10.15

Відкриття конференції, привітання учасників

Вороненко Юрій Васильович – ректор НМАПО імені П. Л. Шупика, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, заслужений діяч науки і техніки України

10.15 – 10.35

РЕФОРМА СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ: НА РОЗДОРІЖЖІ

Вороненко Юрій Васильович – ректор НМАПО імені П. Л. Шупика, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, заслужений діяч науки і техніки України

Вдовиченко Юрій Петрович – перший проректор НМАПО імені П. Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, заслужений лікар України

Краснов Володимир Володимирович – завідувач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

10.35 – 10.50

ГЛОБАЛЬНІ ЗМІНИ ПЕДАГОГІЧНОЇ СТРАТЕГІЇ ПЕРЕДАВАННЯ ЗНАТЬ ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Мінцер Озар Петрович – завідувач кафедри медичної інформатики НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України

Бабінцева Лариса Юрїївна – декан факультету підвищення кваліфікації викладачів НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор біологічних наук, кандидат фармацевтичних наук, доцент

10.50 – 11.05

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Шекера Олег Григорович – директор Інституту сімейної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України

11.05 – 11.15

СЕТА - ТРАНСДІАГНОСТИЧНИЙ ПІДХІД НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Богданов Сергій Олександрович – керівник Центру психічного здоров'я та психосоціального супроводу НаУКМА, кандидат психологічних наук, PhD з психотерапії у Віденському медичному університеті

11.15 – 11.35

ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА В УКРАЇНІ: СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Волосовець Олександр Петрович – завідувач кафедри педіатрії № 2 НМУ імені О. О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор,

11.35 – 11.50

НОВІ ВИКЛИКИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ

Краснов Володимир Володимирович – завідувач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук, професор

11.50 – 12. 05

ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ТА ПАНДЕМІЇ COVID-19

Заліська Ольга Миколаївна – завідувач кафедри організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоекономіки факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького, доктор фармацевтичних наук, професор

12.05 – 12. 25

АНДРАГОГІЧНІ ПІДХОДИ ПРИ ДИСТАНЦІЙНОМУ НАВЧАННІ МАГІСТРАНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ

Коритнюк Раїса Сергіївна – професор кафедри фармацевтичної технології і біофармації НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор фармацевтичних наук, професор

12.25 – 12. 40

СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ ХМАРО-ОРІЄНТОВАНОГО ОСВІТЬОГО СЕРЕДОВИЩА МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Рижов Олексій Анатолійович – завідувач кафедри медичної та фармацевтичної інформатики та нових технологій ЗДМУ, доктор фармацевтичних наук, професор

12.40 – 13.00

ЦИФРОВЕ МАЙБУТНЄ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Сошинський Сергій Олегович – Healthcare MBA, CEO accemedin.com

13.00 – 13.15

ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Іващук Сергій Іванович – доцент кафедри сімейної медицини БДМУ, доктор медичних наук

13.15 – 13.30

НОВЕЛЬНІ ІНСТРУМЕНТИ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ: ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ

Сенюта Ірина Ярославівна – завідувач кафедри медичного права ЛНМУ імені Данила Галицького, доктор юридичних наук, доцент

13.30 – 13.45

НООПАРАДИГМА ПОСТПАНДЕМІЧНОЇ ТА ВІРТУАЛЬНОЇ ОСВІТИ І ЕКОРЕЙТИНГИ УНІВЕРСИТЕТІВ

Кірик Тамара Вікторівна – завідувач кафедри іноземних мов та соціально-гуманітарних дисциплін ПВНЗ «Київський медичний університет», кандидат педагогічних наук, професор

Корсак Костянтин Віталійович – професор кафедри іноземних мов та соціально-гуманітарних дисциплін ПВНЗ «Київський медичний університет», доктор філософських наук, професор

13.45 – 14.05

ВІДОБРАЖЕННЯ ЗМІНИ ПАРАДИГМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ

Апанасенко Геннадій Леонідович – професор кафедри фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор

14.05 – 14.20

ОБ'ЄКТИВНИЙ СТРУКТУРОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ІСПИТ. ТРИ РОКИ ПРОБЛЕМ, ЗМІН ТА ПЕРСПЕКТИВ

Коньков Дмитро Геннадійович – професор кафедри акушерства та гінекології № 1 ВНМУ імені М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор

14.20 – 14.35

СУЧАСНІ ІТ-РІШЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: ДОСВІД СумДУ

Зубань Юрій Олександрович – доцент кафедри електроніки і комп'ютерної техніки Сумського державного університету, кандидат технічних наук, доцент

14.35 – 14.50

НАВЧАННЯ ВІЙСЬКОВИХ І ЦИВІЛЬНИХ ЛІКАРІВ ТА ПСИХОЛОГІВ ЗА ТЕМОЮ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Древіцька Оксана Остапівна – завідувач відділу психосоматичної медицини та психотерапії ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України», доктор медичних наук, доцент

Сиропятов Олег Геннадійович – завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України», доктор медичних наук, професор

Мажбіц Валентина Борисівна – старший науковий співробітник відділу психосоматичної медицини та психотерапії ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України», кандидат медичних наук

14.50 – 15.05

РОЛЬ ФІЛОСОФСЬКИХ ДИСЦИПЛІН В НАБУТТІ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК АСПІРАНТІВ

Пустовіт Світлана Віталіївна – завідувач кафедри філософії НМАПО імені П. Л. Шупика доктор філософських наук, професор

Бойченко Наталія Михайлівна – професор кафедри філософії НМАПО імені П. Л. Шупика, доктор філософських наук, професор

15.05 – 15.20

ЗМІСТОВІ СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Разумна Алла Григорівна – старший викладач кафедри педагогіки, філософії та мовної підготовки ХМАПО

15.20 – 15.30

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Калита Тарас Петрович – директор ТОВ «КПЯ «Системи», член правління Української асоціації досконалості та якості, член Міжнародної гільдії професіоналів з якості

15.30 – 15.40

АКТУАЛЬНІСТЬ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ЛАБОРАНТІВ: РИЗИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Колядінцев Василь Володимирович – аспірант, голова студентського самоврядування НМАПО імені П. Л. Шупика

15.40 – 15.50

ЗМІНА ПАРАДИГМИ ВИКЛАДАННЯ НЕОНАТОЛОГІЇ ЛІКАРЯМ В СИСТЕМІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

Шунько Єлизавета Євгеніївна – завідувач кафедри неонатології НМАПО імені П. Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор

Краснова Юлія Юріївна – доцент кафедри неонатології НМАПО імені П. Л. Шупика, кандидат медичних наук, доцент

15.50 – 16.00

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПОЗИТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ЕТЕПАХ ЇХ РЕАЛІЗАЦІЇ ТА МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Юрковська Лідія Геннадіївна – старший викладач кафедри педагогіки, психології медичного та фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика

ДОПОВІДІ ВІДПОВІДНО ДО ПРОГРАМИ КОНФЕРЕНЦІЇ

ГЛОБАЛЬНІ ЗМІНИ ПЕДАГОГІЧНОЇ СТРАТЕГІЇ ПЕРЕДАВАННЯ ЗНАТЬ ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Мінцер О.

Завідувач кафедри медичної інформатики
<https://orcid.org/0000-0002-7224-4886>

Бабінцева Л.

Декан ФПКВ
<http://orcid.org/0000-0003-2753-5489>

*Національна медична академія
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

Розглянуто деякі глобальні зміни традиційної системи викладання в післядипломній освіті лікарів і провізорів під час пандемії коронавірусу. Дослідження спрямовано на формулювання базових ідей і шляхів удосконалення технології наскрізного курсу передавання знань (end-to-end) у процесі безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів із орієнтацією на формування таких компетентностей, що відповідають уявленням про спеціаліста майбутнього. Отже, в сучасних умовах масивного впровадження інформаційних технологій, а також урахування впливу пандемії корона вірусу, важливим стає адекватне змінення педагогічної стратегії передавання знань при безперервному професійному розвитку лікарів і провізорів. Запропоновано впровадження технології метаперенесення знань, що складається з 4 елементів: метамодульної (метапакетної) схеми передавання знань для формування компетентностей; оптимальної комбінації дистанційного навчання з отриманням знань із експертних систем; стратегії синергетичного поєднання декларативних і процедурних знань у процесі навчання; створення системи моніторингу рівня знань.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів, технологія метаперенесення знань, дистанційне навчання, педагогічна стратегія.

GLOBAL CHANGES IN THE PEDAGOGICAL STRATEGY OF KNOWLEDGE TRANSFER WITH CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF DOCTORS AND PHARMACISTS IN A PANDEMIC CONDITION

O. P. Mintser, L. Yu. Babintseva, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Some global changes in the traditional teaching system in postgraduate education of doctors and pharmacists during the coronavirus pandemic are considered. The research is aimed at formulating basic ideas and ways to improve the technology of end-to-end knowledge transfer in the process of continuous professional development of doctors and pharmacists with a focus on the formation of such competencies that meet the ideas of the future specialist. Thus, in today's conditions of massive introduction of information technologies, as well as taking into account the impact of the crown virus pandemic, it becomes important to adequately change the pedagogical strategy of knowledge transfer with the continuous professional development of doctors and pharmacists. The introduction of the technology of knowledge meta-transfer is proposed, which consists of 4 elements: metamodular (meta-package) scheme of knowledge transfer for the formation of competencies; optimal combination of distance learning with knowledge from expert systems; strategies of synergetic combination of declarative and procedural knowledge in the learning process; creation of a system for monitoring the level of knowledge.

Key words: continuous professional development of doctors and pharmacists, technology of meta-transfer of knowledge, distance learning, pedagogical strategy.

Вступ. Драматичні зміни філософії освіти в останні роки обумовлені надзвичайно швидким створенням нових технологій передавання знань, у першу чергу, інформаційних, призвели до того, що кращі системи вищої освіти за вимогами ринку праці не встигають. у результаті постійною потребою стає розроблення нових систем передавання знань. Зрозуміло, в першу чергу реформуванню підлягає система медичної освіти.

Одна з нових технологій передавання знань — система наскрізного навчання, що також називають системою метаперенесення знань (в англ. літературі — end-to-end).

В емпіричних дослідженнях навчання системному мисленню та дизайн-мисленню логіка метаперенесення знань продемонструвала високу ефективність на всіх етапах освіти. Це стосується початкової освіти: в роботі [8] виявлено, що учні в класі природничих наук початкової школи

при використанні нової технології змогли придумати безліч дизайнерських рішень; в університетському середовищі логіка метаперенесення визначається як здатність застосовувати знання або процедури, вивчені в одному контексті, в нові контексти [3-5, 8]. Відмічено, що вже після 25-денного навчання методами метаперенесення знань на практиці студенти показали загальне покращення у вирішенні аналогічних завдань і в результатах контролю знань через вісім місяців програми навчання. Нечисленні дослідження [12] свідчать і про ефективність даного підходу при післядипломному навчанні лікарів.

В оглядах літератури по метапередаванню знань [3-5] виділяються дві основні думки. По-перше, передавання знань на невеликому часовому проміжку відносно просте. При передаванні інформації на більш віддалений у часі період воно більш важке, проте можливе. Суб'єкт навчання за цих умов зазвичай починає розпізнавати структурні або концептуальні подібності, щоб використовувати попередні знання для застосування в новому контексті. По-друге, мета-навчання пропонується в якості основи для вирішення складних завдань. Ключова ідея полягає в тому, щоб використовувати велику кількість аналогічних завдань із декількома важливими модулями (мікромодулів) для адаптування лікаря/провізора до практичних занять.

Безумовно існують інші думки, відповідно до яких знання і навички можна передавати з лише певною готовністю до нових ситуацій. Також при застосуванні технології метаперенесення набагато важче навчити суб'єктів навчання передаванню концептуальних орієнтацій, таких як науковий аналіз або рішення статистичних завдань у нових ситуаціях [11].

Мета дослідження: формування базових ідей і шляхів удосконалення технології наскрізного курсу передавання знань (end-to-end) при безперервному професійному розвитку (БПР) лікарів і провізорів із орієнтацією на формування тих компетентностей, що відповідають уявленням про спеціаліста майбутнього.

Результати та їх обговорення. Запропоновано використання в системі післядипломної медичної освіти лікарів і провізорів нової технології передавання знань — "метаперенесення знань" (МПЗ).

У наших дослідженнях логіка метаперенесення знань складається з чотирьох принципів позицій. Перша відноситься до формування компетентностей. у загальному випадку за формування однієї компетентності зазвичай відповідають кілька різних дисциплін, згрупованих особливим чином (природно, можливі ситуації, коли одна компетентність

формується на одній кафедрі одним предметом або навіть його частиною). Сукупність дисциплін, що формують одну компетентність або групу споріднених компетентностей, будемо називати модулем. Відповідно, вводиться поняття метамодульної (метапакетної) схеми передавання знань, а значить і зміна характеру навчальних програм для МПЗ.

Друга позиція пов'язана з необхідністю комбінації дистанційного навчання з отриманням знань із експертних систем (баз знань) для якіснішого навчання. Підкреслимо, що дистанційна освіта в період пандемії є чи не єдиним методом навчання. Проте, якість підготовки лікаря при БПР виключно дистанційними методами знижується. Саме тому популярнішими стають комбінації різних підходів. Отже, отримуємо другий стратегічний елемент змінення традиційного навчання лікарів/провізорів.

Третій елемент нової системи передавання знань — стратегія синергетичного поєднання декларативних і процедурних знань для формування у лікарів і провізорів сучасного критичного мислення в рішенні нових проблем охорони здоров'я.

Нарешті, четвертою та вирішальною позицією нової стратегії навчання лікарів і провізорів при БПР являється моніторинг рівня знань. Підкреслимо, що ніякі разові зрізи успішності засвоєння навчального матеріалу не відображають дійсного рівня його засвоєння та не можуть сприяти підвищенню ефективності післядипломної медичної освіти.

Тільки змінення формальних вимог до результатів навчання не здатне істотно змінити характер освіти. Формулювання нових завдань повинно бути підтримано формуванням адекватної структури та змісту освітньої програми.

Крім зазначеної метамодульної (метапакетної) схеми передавання знань, а значить і змінення характеру навчальних програм для МПЗ, пропонуємо створення логічних кластерів навчальної програми, що ілюструють поступове збільшення рівня складності логічних міркувань і навчання лікарів технологією метаперенесення знань. Останнє необхідно для відповіді на питання: чи є навчальна програма реальним і ефективним засобом освіти?

Висновки. 1. у сучасних умовах масивного впровадження інформаційних технологій, а також урахуваючи вплив пандемії коронавірусу, важливим стає адекватне змінення педагогічної стратегії передавання знань при безперервному професійному розвитку лікарів і провізорів.

2. Пропонується впровадження технології метаперенесення знань, що складається з 4 елементів: метамодульної (метапакетної) схеми передавання знань для формування компетентностей; оптимальної комбінації дистанційного навчання з отриманням знань із експертних систем; стратегії синергетичного поєднання декларативних і процедурних знань у процесі навчання; створення системи моніторингу рівня знань.

Список використаних джерел

1. Anat Zohar & Adi Ben David. (2008). Explicit teaching of meta-strategic knowledge in authentic classroom situations. *Metacognition Learning*, 3, 59–82.
2. Teong, S. K. (2003). The effect of metacognitive training on mathematical word-problem solving. *Journal of Computer Assisted Learning*, 19 (1), 46–55.
3. Day, S. and R. Goldstone. (2012). The Import of Knowledge Export: Connecting Findings and Theories of Transfer of Learning. *Educational Psychologist*, 47 (3), 153–176.
4. Dixon, R. and R. Brown. (2012). Transfer of Learning: Connecting Concepts during Problem Solving. *Journal of Technology Education*, 24 (1), 2–17.
5. Grossman and E. Salas. (2011). The transfer of training: what really matters, *International Journal of Training and Development*, 15, 103–120.
6. Harrison, D. et al. (2017). Assessing the effectiveness of a hybrid-flipped model of learning on fluid mechanics instruction: overall course performance, homework, and far- and near- transfer of learning. *European Journal of Engineering Education*, 42 (6), 712–728.
7. Levin, M. (2018). Conceptual and Procedural Knowledge during Strategy Construction : A complex knowledge systems perspective. *Cognition and Instruction*, 36, 247–278.
8. Nokes, T. (2009). Mechanisms of Knowledge Transfer. *Thinking and Reasoning*, 15 (1), 1–36.
9. Hovic, K. et al. (2013). RCT of working memory training in ADHD: Long term near transfer effects. *Plos One*, 8 (12).
10. Newell, Sue. (2005). Knowledge transfer and learning: problems of knowledge transfer associated with trying to short-circuit the learning cycle. *JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management*, 2 (3), 275–289.
11. Seel, N. (2012). *Encyclopedia of the Sciences of Learning*, Springer.
12. Wensing, M., Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC Med*, 17, 88.

ПІСЛЯДИПЛОМНА МЕДИЧНА ОСВІТА В УКРАЇНІ: СУЧАСНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Волосовець О.

*Завідувач кафедри педіатрії №2,
професор*

**Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Україна**

<https://orcid.org/0000-0001-7246-0768>

Представлений огляд сучасних проблем післядипломної медичної освіти в Україні у контексті реорганізації фінансування галузі.

Ключові слова: післядипломна медична освіта, безперервний професійний розвиток.

Мета роботи: опрацювати шляхи вирішення проблем у сучасній медичній післядипломній медичній освіті.

Основна частина. Уже четвертий рік медична галузь знаходиться у процесі реформування її фінансування. Наслідки виявились більш ніж неоднозначними та поглибили проблеми існуючої мережі лікарень та їх недостатнього матеріального оснащення. Збільшився кадровий дефіцит лікарів та медичних сестер (24,6 тис. осіб та 30,1 тис. осіб відповідно), що особливо болісно для країни в умовах триваючої пандемії COVID-19, та вимагає напруженої роботи усіх ланок галузі задля збереження здоров'я населення. у більшості країн ЄС, на відміну від України, відмічається збільшення обсягів підготовки та перепідготовки лікарів та медичних сестер у відповідь на такі виклики сьогодення.

Зазначене потребує чіткої та ритмічної роботи закладів вищої медичної освіти, зокрема післядипломної, адже ефективність надання медичної допомоги залежить від якості підготовки медичних працівників та їх безперервного професійного розвитку задля формування необхідних знань, навичок і компетенцій при надзвичайних ситуаціях та інфекційних спалахах.

Як наголошується у висновках Проекту USAID «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз» (2019): «Кадровий резерв студентів спеціальностей «Медицина» та «Медсестринство» є недостатнім для того, щоб замінити медичний персонал пенсійного віку. На одного вступника до медичних університетів та академій припадає приблизно три лікаря пенсійного віку, а на одного вступника на спеціальність «Медсестринство» – чотири працюючі пенсіонери з числа середнього

медичного персоналу.» [1]. Упродовж 2015–2020 рр. кількість вступників до медичних вишів на спеціальності галузі «Охорона здоров'я» скоротились більш ніж на третину. у 5 медичних університетах припинена підготовка за спеціальністю «Педіатрія». «Медико-профілактична справа» не викладається взагалі.

Ситуацію погіршує невизначеність майбутньої долі клінічних кафедр медичних вишів МОЗ України у зв'язку із трансформацією закладів охорони у рамках реформи у комунальні неприбуткові підприємства та вимаганням обласних і місцевих рад сплати багатомільйонної оренди та комунальних видатків, на що у медичних вишів немає коштів.

Уже зараз у лікарнях відбувається процес поступового відсторонення професорів і доцентів від лікування хворих через їх неможливість їх реєстрації у електронній лікарській базі Національної служби здоров'я України. Це призводить до порушення загальновідомого освітнього принципу, що сповідується у світі: «Лікар повинен вчитися біля ліжка хворого», що неминуче погіршить умови підготовки майбутніх лікарів та, відповідно, якість медичної допомоги населенню.

Така ситуація вимагає забезпечити у 2021 році у повному обсязі фінансування з державного бюджету закладів післядипломної освіти, повернувши їм кошти, зокрема по кодах економічної класифікації «оплата праці» та «нарахування на оплату праці», а також з урахуванням оплати складання лікарями-інтернами іспиту «Крок-3», комунальних видатків та енергоносіїв. з метою забезпечення виконання державного замовлення на підготовку, перепідготовку, спеціалізацію та підвищення кваліфікації лікарів, зокрема із лікарень, що надають медичну допомогу хворим на COVID-19, та закладів охорони здоров'я, що будуть реорганізовані у процесі реформи вторинної ланки, та будуть потребувати відповідної перепідготовки.

Необхідно також внести зміни до наказу МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», а саме:

- забезпечити гарантоване державою право лікаря на безперервний професійний розвиток;
- запровадити чіткий механізм акредитації державних та приватних провайдерів безперервного професійного розвитку лікарів та критерії щодо змісту заходів, особливо у он-лайн режимі;
- переглянути оцінку у балах заходів безперервного професійного розвитку лікарів з урахуванням їх змістовності, попиту та фінансової спроможності лікарів.

Доцільно відповідно до потреб галузі провести оптимізацію спеціальностей у інтернатурі (до 14-16 базових спеціальностей) та аудит існуючих баз стажування.

Запровадити Лікарську резидентуру у закладах вищої медичної освіти та післядипломної освіти, перш за все з інфекційних та дитячих інфекційних хвороб, неонатології і анестезіології, з метою покращання вторинної спеціалізації лікарів відповідно до вимог ЄС.

Інтенсифікувати у регіонах створення університетських клінік як структурних підрозділів закладів вищої медичної освіти та післядипломної освіти, зокрема шляхом передачі у державну власність комунальних закладів охорони здоров'я, що будуть реорганізовуватись у процесі реформи спеціалізованої медичної допомоги та з метою недопущення можливого скорочення мережі закладів охорони здоров'я згідно положень статті 49 Конституції України. Існуючим університетським клінікам необхідно надати можливість бюджетного фінансування за програмою державних медичних гарантій відповідно до договорів з Національною службою здоров'я України. з цією метою необхідно ініціювати відповідні зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391.

Необхідно внести зміни до частини 2 статті 9 Закону України «Про оренду державного та комунального майна», а саме вимогу: «Забороняється передавати державне або комунальне майно в безоплатне користування або позичку» не застосовувати для закладів вищої (післядипломної) медичної освіти, які забезпечують державне замовлення на підготовку лікарів (провізорів) - інтернів, аспірантів, докторантів, лікарів на навчальних циклах спеціалізації тощо».

Висновок. Необхідне вжиття комплексу політичних рішень щодо нормалізації ситуації у післядипломній медичній освіті та забезпечення права лікарів на безперервний професійний розвиток за кошти державного бюджету в умовах викликів сучасності. Цим будуть захищені не тільки права медиків та викладачів, але й усього народу на якісну медичну допомогу.

Список використаних джерел

1. Богдан, Д., Бойко, А., Василькова, А. (2019). Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ. 133.

ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ З ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ COVID-19

Заліська О.

доктор фарм. наук, професор, завідувач

Січкоріз О.

канд. мед. наук, доц., декан

Семенов О.

асист.

Слабий М.

доктор фарм. наук, професор,

Максимович Н.

канд. фарм. наук, доц.,

Колач Т.

ст. викл.

**Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького,
Україна**

<https://orcid.org/0000-0003-1845-7909>

ВООЗ з березня 2020 року оголосила про пандемію COVID-19 та рекомендації щодо її запобігання. в Україні у березні також був зареєстрований перший випадок захворювання на коронавірус, і наша держава стала 74 країною, в якій було зафіксовано COVID-19. Слід відзначити, що перший наказ МОЗ від 24.02.2020 р. №518 затвердив «Рекомендації щодо дій фармацевтичних працівників в умовах недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань, спричинених коронавірусом COVID-19, виявленим у м. Ухань (провінція Хубей, Китай)». Наступний наказ МОЗ України був 13.03.2020 № 663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19», який містив уже Стандарт фармацевтичної допомоги при COVID-19 [1].

Метою нашого дослідження було провести анкетування та опитування провізорів аптек, щоб отримати експертну оцінку щодо ефективності основних карантинних заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19.

Нами розроблена спеціальна анкета «Оцінка ефективності карантинних заходів щодо недопущення занесення і поширення випадків COVID-19 в аптеках та для населення», яка включала більше 20

запитань[2]. На наступному етапі проведено очне та онлайн анкетування та опитування більше 200 провізорів аптек Львівської, Івано-Франківської областей щодо ефективності різних методів карантинних заходів за березень, вересень 2020 року. Для опитування було використано діючу сторінку кафедри ОЕФ, технології ліків та фармакоекономіки ФПДО, яка створена з 2015 року у Facebook.

Встановлено, що 100% провізорів вважають необхідними включення лекцій і семінарів з проблематики профілактики і лікування та недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19, також провізори відзначили необхідність постійного моніторингу доказової інформації про ефективні схеми лікування, дозування лікарських засобів при неускладнених формах COVID-19. Також було опитано провізорів про знання щодо постковідних ускладнень, зокрема, таких: зниження толерантності до фізичного навантаження, приступи головного болю, депресія, безсоння, порушення терморегуляції, порушення регуляції тиску та ритму серця, тромбофлебіту, шкірні васкуліти.

Виявлено, що 97,8% опитаних практичних провізорів вважають, що найбільш ефективними щодо недопущення занесення і поширення випадків COVID-19 є: дезінфекція приміщень та обробка рук персоналу; використання масок, рукавичок, захисних екранів; соціальна дистанція. Також вагомими заходами були визнані: провітрювання приміщень, пірометрія працівників аптек. Провізори відзначили необхідність консультування пацієнтів в аптеках, дотримання маскового режиму та проведення фармацевтичної опіки з питань профілактики зараження COVID-19 та постковідних ускладнень.

Таким чином, враховуючи вимоги діючих Наказів МОЗ України щодо Стандарту фармацевтичної допомоги при COVID-19, виявлено основні вагомні аспекти щодо інформаційного забезпечення провізорів для попередження інфікування COVID-19 та постковідних ускладнень, дотримання карантинних вимог.

Перспективним є підготовка методичних рекомендацій, інформаційних листів для безперервної освіти з використанням дистанційних методів, а також для навчального процесу на циклах стажування, тематичного удосконалення провізорів і лікарів з проблематики профілактики і лікування COVID-19, оптимізації заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19. Для забезпечення системи безперервної освіти провізорів

і лікарів з питань даних доказової медицини та раціонального використання ліків відповідно до рекомендації ВООЗ, особливо у період пандемії коронавірусної інфекції, необхідним є створення онлайн ресурсів для післядипломної підготовки та використання можливостей соціальних мереж, зокрема, Facebook, Twitter, Telegram каналів.

Список використаних джерел

1. Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19. (Наказ МОЗ України) від 13.03.2020 № 663. (2020). Вилучено з <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-13032020--663-pro-optimizaciju-zahodiv-schodo-nedopuschennja-zanesennja-i-poshirennja-na-teritorii-ukraini-vipadkiv-covid-19>.

2. Заліська, О. М., Семенов, О. М., Максимович, Н. М., Матвійчук, М. Є. (2020). Дослідження аспектів інформаційного забезпечення провізорів та населення щодо карантинних заходів під час пандемії COVID-19 Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів: матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю, 23-24 вересня, 2020, Тернопіль, 199.

НОВІ ВИКЛИКИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ

Краснов В.

*завідувач кафедри педагогіки, психології
медичного та фармацевтичного права
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<https://orcid.org/0000-0002-5967-9260>

У 2018 році в Україні змінилася парадигма системи підготовки медичних кадрів – відокремлена фаза безперервного професійного розвитку. Децентралізація призвела до виникнення проблеми – основні замовники освітніх послуг не вміють не тільки формувати освітнє замовлення, але й потім оцінювати його результативність. Таким чином, перед системою охорони здоров'я постають питання реалізації просвітницької і консультативної діяльності, яка б могла дати змогу лікарям, роботодавцям, професійній спільноті співпрацювати з освітніми

провайдерами через партнерство для досягнення спільного результату – покращення якості медичної допомоги населенню України.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток, солідарна відповідальність, освітнє замовлення.

У 2018 році в системі підготовки медичних кадрів України відбулася зміна парадигми: 302 постанова Кабінету Міністрів України офіціалізувала фазу безперервного професійного розвитку (БПР) лікарів. За основу було обрано модель Європи з принципами капітаційного фінансування та децентралізації. Якщо раніше держава тримала монополію щодо управління «регульованими професіями», то тепер був зроблений крок у бік «вільного ринку».

Разом з тим, відразу постало запитання: хто тепер відповідає за кінцевий результат підготовки – компетентного лікаря? По-суті, тепер в системі БПР з'явилося чотири групи учасників: сам лікар, який повинен визначати власну освітню траєкторію; роботодавець, що визначає необхідні компетентності персоналу, який впливає на якість медичної послуги; професіональні об'єднання, установи, відомства, що визначають політику у сфері охорони здоров'я; освітні провайдери, які є виконавцями замовлень з боку попередніх трьох груп споживачів. При такій кількості потенційних відповідальних за формування компетентності, необхідним стає створення єдиної, солідарної системи відповідальності у БПР.

Система БПР у США побудована на принципах таксономії Дональда Мура, за допомогою якої організатори намагаються забезпечити відповіді на три основних запитання: 1) чи задоволений лікар результатами навчання; 2) чи покращилися процеси в організації, що замовляла навчання; 3) чи приводить навчання лікаря до покращення здоров'я суспільства. Якщо отримуються від'ємні відповіді, то виникає цілком логічний висновок - навіщо тоді було вчити?

В системі підготовки медичних кадрів використовуються різні таксономії, які визначають послідовність формування компетентностей. Наприклад:

- таксономія Дональда Мура, яка зазначає послідовність: знаю що; знаю як; є компетентним; застосовую вміння на практиці;

- трикутник Міллера, з послідовностями: знаю; знаю як; демонструю; роблю;

- таксономія Блюма: знаю; розумію; застосовую; аналізую; синтезую; оцінюю.

Ці таксономії характеризовані двома схожими смисловими групами: «знаю» і «є компетентним». Але в існуючих системах підготовки, основний навчальний вплив завдає чіткого перекосу у бік саме знанневої компоненти, лишаючи осторонь компетентнісну складову.

Виправити таку ситуацію можливо за рахунок безпосередньої участі замовників освітньої послуги в системі БПР. Результат навчання повинен вважатися ефективним при покращенні надання медичних послуг. Тобто тепер освітнє замовлення мають формувати лікар, роботодавець та професійне суспільство.

Послідовність таких дій може бути такою (як мінімум):

1. Провести аналіз факторів, що впливають на якість процесу/результату надання медичної послуги.

2. Визначити компетентності персоналу, що впливають на якість цієї послуги.

3. Побудувати замовлення до освітнього провайдера у вигляді формалізованого компетентнісного профілю фахівця.

4. Обрати освітнього провайдера.

5. Побудувати сумісно з освітнім провайдером вимоги до результатів навчання.

6. Створити умови на робочому місці для того, щоб лікар після навчання мав можливість застосовувати опановані компетентності.

7. Після отримання освітньої послуги перевірити результативність навчання - чи використовує лікар надбані компетенції?

8. Оцінити - чи покращилась якість процесу/результату надання медичної послуги?

9. Зробити остаточний висновок - чи варто було вкладати гроші в навчання?

Вся ця послідовність дій вимагає від самого замовника відповідного рівня компетентностей. Тобто мова йде про те, що в системі охорони здоров'я повинні бути забезпечені процеси просвітницької, консультативної діяльності, яка б могла дати змогу лікарям, роботодавцям, професійній спільноті:

1. Аналізувати якість процесу надання медичної послуги.

2. Визначати в цьому процесі характеристики, на які може вплинути навчання персоналу.

3. Вимірювати ці характеристики.

4. Розробляти «ідеальні» (очікувані) характеристики.
5. Створювати компетентнісний профіль фахівця.
6. Обирати освітнього провайдера та формувати замовлення.
7. Вимірювати характеристики процесу надання медичної послуги через заданий період після навчання.
8. Підтверджувати ступінь досягнення очікуваного «ідеалу» в процесі надання медичної послуги.

Висновки. Таким чином, система охорони здоров'я вимушена змінювати парадигму підготовки професійних медичних кадрів. Досвід останнього року функціонування за новою моделлю БПР довів, що аудиторія йде до найкращих спікерів. Тому перед освітньою системою постають питання забезпечення якості не тільки освітнього процесу, але й результату. Крім того, найкращий спікер формується саме через потреби аудиторії у знаннях. Але ці потреби повинні бути усвідомлені як замовником, так й виконавцем цієї освітньої послуги.

АНДРАГОГІЧНІ ПІДХОДИ ПРИ ДИСТАНЦІЙНОМУ НАВЧАННІ МАГІСТРАНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ

Трохимчук В.

д. фарм. н., професор, декан медико-профілактичного і фармацевтичного факультету

<https://orcid.org/0000-0001-9994-8931>

Давтян Л.

д. фарм. н., професор, завідувач кафедри фармацевтичної технології і біофармації

<https://orcid.org/0000-0001-7827-2418>

Коритнюк Р.

д. фарм. н., професор, професор кафедри фармацевтичної технології і біофармації

<https://orcid.org/0000-0002-0451-8371>

Убогов С.

д. фарм. н., доцент, завідувач кафедри контролю якості і стандартизації лікарських засобів

<https://orcid.org/0000-0002-9684-7323>

Гульпа В.

к. фарм. н., доцент, завідувач кафедри організації і економіки фармації
<https://orcid.org/0000-0001-7091-5677>

Дроздова А.

д. фарм. н., професор, доцент кафедри фармацевтичної технології і біофармації
<https://orcid.org/0000-0001-8301-7497>

Соловйов С.

к. біол. н., ст. дослідник, доцент кафедри організації і економіки фармації
<https://orcid.org/0000-0003-2681-7417>

**Національна медична академія
післядипломної освіти імені**

П. Л. Шупика, Україна

В роботі розкрито перспективи впровадження андрагогічних підходів у процес підготовки здобувачів вищої освіти на другому (магістерському) рівні за спеціальністю 226 «Фармація, промислова фармація» галузі знань 22 «Охорона здоров'я», які вступили на навчання на базі диплому бакалавра фармації. На підставі аналізу досвіду кафедр фармацевтичного профілю НМАПО імені П. Л. Шупика показано переваги та доступність використання технологій дистанційного навчання при підготовці даного контингенту студентів.

Ключові слова: вища освіта, магістр фармації, андрагогіка, дистанційне навчання, компетентнісний підхід.

Помітною тенденцією останніх років є активне впровадження андрагогічних підходів у процесі підготовки лікарів та провізорів. Андрагогіка – гуманітарна сфера знання. в її просторі здійснюється синтез ідей і положень з області не тільки людинознавства, але і суспільствознавства, філософії освіти, культурології та інших дисциплін. Логіка процесу вимагає вироблення теоретичних основ відбору необхідних відомостей стосовно навчання різних категорій і груп дорослого населення. Об'єднуючою домінантою служить проблематика учасників освітніх процесів, що характеризуються станом дорослості [1].

Андрагогіка являє собою яскравий приклад загальних тенденцій розвитку сучасного наукового знання. з одного боку, це інтеграція інформації навколо ключових проблем, з іншого – її спеціалізація та диференціація. в силу цього андрагогіка органічно може входити складовою частиною і в теорію педагогіки, і в теорію освіти дорослих, в систему людинознавства, залишаючись цілком самостійною галуззю знання. Принципами формування та розвитку андрагогічних знань є: інтегративність, практико-орієнтованість, гуманітарність. Андрагогіка сприяє розкриттю особистості, допомагає знайти своє місце в житті, реалізувати свої приховані здібності. Андрагогіка здійснює найдавнішу формулу навчання: *non scholae, sed vitae discimus* – вчимося не для школи, а для життя. Таким чином, андрагогіку слід розуміти як науку особистісної самореалізації людини протягом всього його життя. Вся історія становлення і розвитку навчання людини як самостійної області його діяльності вказує на те, що навчання має бути безперервним та адаптивним [2; 3].

Одним з видів навчання дорослих, якими займається наука андрагогіка, є дистанційне навчання. Широке застосування в системі освіти інформаційних і телекомунікаційних технологій створило передумови для активного використання в навчальному процесі дистанційної освіти, яка включає синтетичну, інтегральну, гуманістичну форми навчання. Це базується на використанні широкого спектру традиційних та нових інформаційних технологій, їх технічних засобів, які використовуються для доставки навчального матеріалу, самостійного вивчення, організації діалогового обміну між викладачем і студентами, коли процес навчання некритичний до їхнього розташування в просторі і в часі. Дистанційна освіта зберігає переваги, властиві традиційним формам навчання: контакти з викладачами та слухачами, контроль за правильністю засвоєння матеріалу. Крім того, вона має ряд переваг: вільний графік навчання; незалежність від місця розташування; економія транспортних витрат; зручний вид представлення матеріалів; індивідуальний темп навчання; відсутність обмежень на вік, комунікабельність, здоров'я. Дистанційне навчання відкриває нові перспективи професійно-особистісному розвитку для осіб, які гостро потребують освітніх послуг, але не мають можливості отримати їх традиційним способом. Існує безліч організаційних моделей дистанційної освіти: за принципом екстернату, університетське, на основі автономних навчальних систем, інтегроване навчання з використанням

мультимедійних програм, неформальне тощо. у дистанційних формах навчання застосовуються такі методи, як інформаційно-рецептивний, репродуктивний, проблемний, евристичний, дослідницький. Вони охоплюють всю сукупність педагогічних актів взаємодії викладача та студентів: самостійну пізнавальну діяльність з різними джерелами інформації, навчальними матеріалами курсу; оперативну та систематичну взаємодію з провідним викладачем і куратором курсу; групову роботу з використанням різних методів роботи над відповідними модулями курсу; спільні проекти з іногородніми та зарубіжними партнерами. у системі дистанційного навчання широко використовуються різноманітні засоби: друковані та електронні видання; комп'ютерні навчальні системи в звичайних і мультимедійних варіантах виконання; навчальні аудіо- і відеоматеріали; комп'ютерні мережі [2].

Таким чином, можна виділити наступні принципи організації дистанційного навчання: гнучкість, що виявляється у відсутності регулярних занять у вигляді лекцій, семінарів та вільний вибір часу, необхідного для освоєння курсу; модульність; паралельність, що пов'язане з поєднанням навчання з основною професійною діяльністю; незалежність від відстані до освітнього закладу; асинхронність, що припускає можливість реалізації технологій навчання незалежно від часу; масовість, яка б означала не критичність параметра «кількість учнів»; рентабельність, що передбачає економічну ефективність; широке застосування нових інформаційних технологій.

Враховуючи теоретично-практичне обґрунтування моделі фахівця фармацевтичного профілю на основі принципів андрагогіки та компетентнісного підходу [4–6], кафедри фармацевтичного профілю НМАПО імені П. Л. Шупика розпочали підготовку здобувачів вищої освіти на другому (магістерському) рівні за спеціальністю 226 «Фармація, промислова фармація» галузі знань 22 «Охорона здоров'я», які вступили на навчання на базі диплому бакалавра фармації. Для забезпечення освітнього процесу було розроблено освітньо-професійну програму (ОПП) «Фармація», навчальні плани підготовки заочною (денною) і заочною формами навчання та робочі програми навчальних дисциплін, в тому числі: обов'язкових дисциплін – 14, практик – 8, дисциплін вільного вибору – 20, з яких студент обирає 10 для вивчення. Загальний обсяг ОПП становить 120 кредитів ЕКТС та передбачає наступну кількість заходів підсумкового контролю: екзаменів – 9, заліків – 13, диференційованих заліків – 11. Атестація здобувачів включає: 1) ліцензійні інтегровані іспити

«Крок 1. Фармація» та «Крок 2. Фармація»; 2) комплексні практично-орієнтовані державні іспити: технологія лікарських засобів, управління та економіка у фармації; фармацевтична хімія, фармакогнозія та клінічна фармація; 3) захист кваліфікаційної (магістерської) роботи.

З самого початку в освітньому процесі підготовки магістрів фармації, зокрема, при проведенні лекцій та частини семінарських і практичних занять було використано технологію дистанційного навчання. в якості освітньої онлайн-платформи було обрано веб-сервіс «GoToMeeting», що повністю задовольнив учасників освітнього процесу. Отриманий фармацевтичними кафедрами НМАПО імені П. Л. Шупика досвід проведення дистанційного навчання показав можливість забезпечити належне сприйняття студентами звукового, текстового та візуального навчального матеріалу, в тому числі презентацій PowerPoint, фотоілюстрацій, відеороликів; наявність зворотного зв'язку між студентом та викладачем; здійснення контролю за присутністю студентів на занятті. Відмічено, що до процесу проведення занять у дистанційному форматі доцільно залучати асистента викладача, який би відповідав за організаційно-технічну сторону навчального процесу, що, зокрема, забезпечує більш якісну подачу навчального матеріалу та ефективний зворотний зв'язок між студентами і викладачем.

Висновок. Обґрунтовано перспективи впровадження андрагогічних підходів у процес підготовки здобувачів вищої освіти на другому (магістерському) рівні за спеціальністю 226 «Фармація, промислова фармація» галузі знань 22 «Охорона здоров'я». На підставі аналізу досвіду кафедр фармацевтичного профілю НМАПО імені П. Л. Шупика показано переваги та доступність використання технологій дистанційного навчання при підготовці даного контингенту студентів.

Список використаних джерел

1. Змеев, С. И. (2007). *Андрогогика: основы теории, истории и технологии обучения взрослых*. М. : ПЕР СЭ.
2. Кукуев, А. И. (2009). *Андрогогический подход в педагогике*. Ростов-на-Дону: ИПО ПИ ЮФУ.
3. Маслова, В. В. (2004). *Основы андрагогики: Терминологический словарь-справочник*. Мариуполь.
4. Кайдалова, Л. Г. (2009). Теоретико-практичне обґрунтування моделі фахівця фармацевтичного профілю на основі компетентнісного підходу. *Проблеми трудової та професійної підготовки*, 4(13), 97-104.

5. Соколова, Л. В., Вдовиченко, Ю. П., Коритнюк, Р. С., Давтян, Л. Л. (2014). Андрагогічний потенціал професійної освіти. *Медична освіта*, 3(68), 132-134.

6. Вдовиченко, Ю. П., Давтян, Л. Л., Коритнюк, Р. С., Роздорожнюк, О. Я., Дроздова, А. О. (2014). Андрагогічні підходи у післядипломній освіті. *Фармацевтичний журнал*, (2), 34-39.

ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Іващук С.

доцент кафедри

Сидорчук Л.

професор, завідувач кафедри

Кафедра сімейної медицини, ВДНЗ

України «Буковинський державний

медичний університет», Україна

За умов пандемії COVID-19 відбулося зміщення освітнього процесу в мережу Internet, що вимагає від ВНЗ нових форм дистанційного навчання. Запроваджено організацію навчального процесу на базі сервера дистанційного навчання і проведенні on-line занять на платформі GoogleMeet, де складовими є: теоретичні матеріали і відеофільми завантажені на сервер дистанційного навчання, опрацювання тем за клінічними ситуаційними завданнями за методом Casestudy. Така форма навчання позитивно сприйнята слухачами, забезпечила підвищення кваліфікаційного рівня лікарів, без відриву від лікувальної роботи.

Ключові слова: сервер дистанційного навчання, платформа GoogleMeet, ситуаційні клінічні завдання.

Сучасний світ з проблемами, що зумовлена пандемією COVID-19, вносить певні виклики щодо освітнього процесу, спричиняючи потребу змін останнього.

Інтенсифікація лікувального процесу на первинній ланці – робочому місці лікарів загальної практики – сімейної медицини, психологічна і фізична напруженість роботи, захворюваність самих лікарів на COVID-19 та виключення їх з лікувального процесу, що призводить до кадрового

«оголення», проблеми з пересуванням внаслідок транспортних обмежень, все це, загалом, практично унеможливує відвідування лікарями курсів підвищення кваліфікації. Відповідно, перед ВНМЗ постала проблема пошуку нових форм роботи по організації навчального процесу лікарів на післядипломному етапі, з переходом на дистанційні чи поєднані форми навчання. Тим паче, такий стан речей може залишитися на завжди, що пов'язано не тільки з пандемією, а й переходом до віртуалізації нашого життя, і навчання, зокрема.

Кафедра сімейної медицини науково-навчального інституту післядипломної освіти (ННІПО) БДМУ при проведенні курсів підвищення кваліфікації стала послуговуватися, хоча, до цього ми йшли останні декілька років, наступною схемою організації навчального процесу:

- організаційною базою навчання слугує сервер дистанційного навчання (СДН) БДМУ;
- заняття проводяться в on-line режимі (використовується платформа GoogleMeet);
- один-два дні відводяться, за умови відповідності епідзоні, на зустріч зі слухачами для проведення практичних занять і відпрацювання практичних навичок.

Сервер дистанційного навчання слугує вмістилищем матеріалів, що необхідні слухачу для опанування тематики курсів. На СДН знаходяться:

- теоретичні матеріали за визначеними темами: лекції, протоколи надання медичної допомоги, що можуть бути вільно завантажені слухачами, тестові завдання для визначення початкового рівня знань (перед поданням теми) і ступеня засвоєння матеріалу (після проходження кожної теми). Варто зауважити, що тестові завдання допомагають викладачеві виявити певні прогалини у знаннях слухачів, а також контролювати самостійну роботу слухача по вивченню матеріалу на СДН;

- відеоматеріали, що стосуються тематики занять і демонструють виконання практичних навичок чи маніпуляцій, якими має оволодіти слухач. Необхідно наголосити, що використання відеоматеріалів, на наш погляд, – обов'язкова складова навчального процесу. у відеотеці – фільми (відео) доступні для перегляду, які, зазвичай, вибрані з мережі «Internet», серед них є «правильні» та «неправильні» (з помилками) фільми, та власні відео, що записані у симуляційному центрі БДМУ. Наявність відео з помилками, є підґрунтям для проведення, в наступному, семінарських занять та обговорення

виявлених помилок. Ще Clark і Lyons (2004), було показано, що візуальні матеріали більш ефективно впливають на процес запам'ятовування, ніж тексти. Використання відеоматеріалів у навчальному процесі допомагає утримати увагу слухача, змінює динаміку навчального процесу, зберігає час, виключаючи зайві пояснення. Розуміючи, що створення відеотеки, за тією чи іншою тематикою, потребує часу і зусиль, ми пішли шляхом кооперації суміжних кафедр у пошуку і створенні відеоматеріалів.

Щодо семінарських занять чи живого спілкування, то це є присутнім у наших віртуальних навчальних класах на платформі GoogleMeet. Враховуючи, що до нас, на курси підвищення кваліфікації, приходять, переважно, сформовані лікарі, ми більше уваги приділяємо вирішенню слухачами ситуаційних клінічних завдань. Для цього ми послуговуємося Casestudymethod – метод, коли навчання відбувається через обговорення, розбір і вирішення конкретної випадку, справи, ситуативної проблеми. Метод вперше був застосований у Гарвардському університеті у 1870 році. Суть його полягає в колективному аналізі ситуації, знайденні вирішення та його обґрунтуванні. у цьому нам суттєво допомагає наявність «неправильних» відео з помилками і, власне, фільмів знятих під час занять з інтернами чи студентами у симуляційному центрі БДМУ, коли слухач бачить шлях оволодіння практичними навичками і виправлення помилок під контролем викладача. Хочеться додати, що наші заняття на платформі GoogleMeet ми записуємо, на випадок, що хтось зі слухачів не зміг вчасно приєднатися до заняття чи не приєднався з технічних причин.

Останній день циклу, за потреби та умови відповідності епідрезимув, виділяється для проведення зустрічі зі слухачами для доопрацювання практичних навичок чи технічним ознайомленням з апаратурою та інструментарієм.

Запропонована та апробована організаційна схема проведення дистанційного навчання отримала схвальні відгуки лікарів-слухачі. До того ж, забезпечила підвищення кваліфікаційного рівня лікарів, без відриву від робочого місця і лікувальної роботи, і сприяє заощадженню матеріальних і часових ресурсів.

НООПАРАДИГМА ПОСТПАНДЕМІЧНОЇ ТА ВІРТУАЛЬНОЇ ОСВІТИ І ЕКОРЕЙТИНГИ УНІВЕРСИТЕТІВ

Кірик Т.

кандидат педагогічних наук, професор

Корсак К.

доктор філософських наук, професор

**Київський медичний університет, Київ,
Україна**

Досліджено витоки сучасної офіційної освітньої парадигми й пояснено причини кількісного оцінювання якості наукової продукції викладачів ЗВО та їх рейтингу. Доведено, що світ розпочав відмовлятися від цієї парадигми через створення рейтингів екологічного впливу й орієнтацію науки та освіти на порятунок людства, на виконання “17 цілей сталого розвитку”. Пропонуємо врахувати це явище і використовувати в Україні ноопарадигму, ноотехнології і ноонауки.

Ключові слова: гуманізм, неогуманізм, ООН і «17 цілей сталого розвитку», рейтинги впливу, ноотехнології, ноонауки, ноогуманізм.

У світі вже сформувався консенсус неминучості тотальних змін і для перемоги над пандемією CoViD-2019, і для виключення негативних явищ від поглиблення віртуалізації освіти та усіх інших наслідків ІКТ-революції.

Автори постійно спілкуються з молоддю, яка обрала цілтю свого життя боротьбу з хворобами та епідеміями. Як і ми, вони стурбовані наростанням розриву між технологічними можливостями людства і тим, як вони використовуються для захисту біосфери, для виключення можливостей надходження нових пандемій і колапсів. Світоглядна дилема у секторі медичної освіти полягає в існуванні розриву між примітивізмом інформаційного впливу на молодь з боку ЗМІ та Інтернету й вимогами високої духовності обраного нею життєвого шляху. Ми звертаємо увагу студентів на необхідність свідомо й активно протистояти тому небезпечному й агресивному злу й антиморальності, що плинуть із Заходу на терени українського архетипу поведінки і людської порядності.

Мета наших тез полягає у критичному аналізі ланцюжка світоглядних парадигм – *гуманізму, неогуманізму, ноогуманізму* – в аспектах їх можливого застосування у вищій освіті. Завданням буде віднаходження і пропозиція тих засобів, які допоможуть студентам стати професіоналами

свої справи і брати активну участь у виконанні важливих завдань, подібних до реалізації проекту ООН «17 цілей сталого розвитку».

Ми скористаємося інтегративними міждисциплінарними методами й будемо поєднувати досягнення філософії та інших класичних наук з важливими відкриттями тих молодих наук, що мають значні перспективи їх застосування в освіті, медицині та усій сфері охорони здоров'я.

Розпочнемо виклад з припущення про хорошу обізнаність можливих читачів про зміст і походження терміну “гуманізм” і лише нагадаємо про те, що в епоху Відродження італійський гуманізм набув форму течії суспільної думки і викликав значний переворот у культурі та світогляді. Цей переворот полягав у зміні стосунків у тріаді «церква – держава – громадянин». Результатом висловлювань сміливих і обдарованих критичним мисленням лідерів італійського гуманізму в умовах помилкових суспільних дій духовенства стало народження відчуження від Церкви. Все більше людей у Західній Європі позбавлялися відчуття нескінченної «гріховності» й страху перед наказами церковників. Цього вистачило для інспірування Реформації.

Нагадаємо, що Реформація сталася в тогочасній Європі, що була виключно активним і конфліктним конгломератом з десятків незалежних політичних одиниць. Конкуренція призвела не тільки до прискорення економічного розвитку і воєнно-торговельної експансії на більшу частину суходолу, а й до значного удосконалення поняття «**гуманізм**». Ми маємо на увазі **неогуманізм** – його німецький варіант, появу якого можна пояснити світоглядними потребами німецької нації у момент прискореного розвитку індустріального способу виробництва з його порівняно високими вимогами до рівня освіти всього населення.

Спираючись на світоглядні досягнення попередників і сучасників, філософ і державний діяч Пруссії Вільгельм фон Гумбольдт (1767-1835) змінив парадигму діяльності освітньої сфери у своїй Вітчизні. Він спромігся ліквідувати засилля теологічної схоластики і покласти в основу змісту навчання нових генерацій урівноважений комплекс точних і гуманітарних наук – Sciences&Arts. Це поєднання вважають ядром німецького **неогуманізму**, що виявився ефективним прискорювачем прогресу держави в економіці, науках, технологіях і військовій справі. Пруссія стала джерелом зразкової системи навчання і виховання, а модель дослідницького Берлінського університету і зараз вважають найкращою.

На жаль, це досягнення вищі політичні сили використали для “нападу і оборони”. Вони спромоглися організувати багато дрібних і дві світові війни. Неогуманістична парадигма змістилася у бік фаворизування точних наук і воєнних технологій, а кращими університетами називають ті, що мають успіхи у підтримці створення і продукування нової зброї. Сучасна науково-освітня парадигма в Україні копіює взірці з розвинених держав Заходу. Наші керівники категорично вимагають від науковців і викладачів дотримуватися не національних пріоритетів, а створеної на Заході воєнно-оборонної парадигми цілей і завдань вищої освіти (включаючи медичну).

Отже, сучасна офіційна парадигма вищої освіти, якою керується МОН України, є не національною, а чужою. Рівень наукової якості наших статей МОН оцінює не на основі їх змісту та цінності для людства, а через їх опублікування в невеликій групі подібних до Nature&Science журналів, видавці яких стали тотальними монополістами й відвертими грабіжниками не тільки науковців, а й державних бюджетів. На їх замовлення були створені кількісні показники наукових публікацій, які в цілому отримали назву “хіршеманія”. з часу їх появи кількість журналів, які вимагають від науковців гроші за опублікування, зростає аж у тисячу разів (!).

Збоченість тенденції складання академічних рейтингів ЗВО світу на основі старої парадигми та кількісних показників стала настільки очевидною, що ініціатори перших списків «засоромилися» і вирішили радикально змінити всі принципи рейтингування університетів та інших вищих шкіл. у результаті світ має перший в історії Impact Rankings 2020, де критерієм «досконалості» є екологічно-світоглядний вплив (Impact) вищого навчального закладу, точніше – кількісні показники виконання ним «17 цілей сталого розвитку» [3].

З нового рейтингу ми переконуємося в тому, що українська вища школа достатньо успішно виконує свої обов'язки формування у молоді наукового світогляду і підготовки її для благородної діяльності в сфері охорони здоров'я, захисту довкілля і виконання «17 цілей сталого розвитку». Якщо університети України ніколи не входили в старі академічні рейтинги (інколи серед останніх аутсайдерів могли бути національні університети з Києва і Харкова), то в Impact Rankings 2020 повноправно включені 10 – три Харкова, по два з Києва і Львова, по одному з Сум, Острога і Чернігова. Це хороший результат, адже він лише у три рази менший, як показники США, і у п'ятеро більший, як у Німеччини.

Та ми бажаємо викликати у читачів не захоплення цими кількісними показниками, а свідомий супротив подальшому поширенню на терени

України американського зразка «хіршеманії» та безлічі шкідливих для медичного та педагогічного етносу інновацій. Серед великої групи цих впливів на перше місце ми б поставили антигуманну пропозицію «від сьогодні і назавжди» розглядати всі наші навчально-виховні зусилля як «надання населенню послуг». Знаряддя у цій боротьбі світоглядів ми б хотіли бачити засади ноогуманізму, ноотехнології, ноонауки і багато інших понять з майбутніх десятиліть (більшість з них вказані в авторському свідоцтві К. Корсака і Ю. Корсака та у статті [2]).

Історія людства дає багато доказів того, що світоглядні революції виникають у старих умовах, але перетворюються у реальність тільки на основі нових знань, понять і термінів. Для цього ми й пропонуємо і ноогуманізм, і наш ноолексикон. в матеріальному аспекті вони повинні спиратися на виробничі ноотехнології і ноонауки.

Межа між **«ноотехнологіями** (мудрими технологіями)» та усіма іншими дуже чітка: ноотехнології надають людям потрібне і одночасно виликовують біосферу, а всі інші (алхімічні, індустріальні, «смарт» тощо) супроводжуються більшими чи меншими токсичними викидами і шкодять біосфері та людству. Ми використали у своїх наукових пошуках ряд похідних понять: **ноонауки, ноомислення, ноофілософія, ноопедагогіка**, зокрема, **ноогуманізм**, на основі чого в своїх працях запропонували поняття **«ноолексикону»** ([1] та ін.). *Ноогуманізмом ми називаємо парадигму ноонаукового ставлення до людини, її статусу, важливості, повноважень, прагнень, інтересів, владної та іншої діяльності на основі перманентних досягнень ноонаук і ноотехнологій в соціальних межах ноосупільства і у просторі ноосфери.* Ця наша пропозиція добре узгоджується зі світовою тенденцією переходу на екопарадигму й 17 цілей сталого розвитку.

Список використаних джерел

1. Кірик, Т. В. (2017). Філософія про нове явище XXI ст. – поширення ноогуманістичних уявлень. *Вища школа*. (3), 58–67.

2. Корсак, К. В. (2019). Нооглосарій-2 — ноонауки для майбутнього без колапсів. *Вища школа*, (2). 43–58.

3. Impact Rankings 2020. URL: https://www.timeshighereducation.com/rankings/impact/2020/overall#!/page/0/length/-1/sort_by/rank/sort_order/asc/cols/undefined) 14-05-2020.

ВІДОБРАЖЕННЯ ЗМІНИ ПАРАДИГМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ

Апанасенко Г.

Владимирова Н.

Волгіна Л.

Куртян Т.

Морозов М.

Петренко І.

Пархоменко Ж.

НМАПО імені П.Л.Шупика, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-1393-5572>

Розглядаються недоліки сучасної парадигми охорони здоров'я (супервитратність, недостатня ефективність і ін.). Очевидна необхідність її зміни, що повинно знайти своє відображення в навчальній програмі підготовки лікарів будь-якої спеціальності. в основі нової парадигми - закони термодинаміки. Живий організм розглядається як відкрита термодинамічна система, стійкість якої залежить від її енергопотенціалу. Таким чином, суть нової парадигми не боротьба з патологією, а протидія ентропії. Це усуває недоліки сучасної парадигми охорони здоров'я.

Ключові слова: парадигма охорони здоров'я, ентропія, рівень здоров'я, максимальне споживання кисню.

Вступ. Парадигма охорони здоров'я - сукупність прийнятих професійним співтовариством знань і методологічних підходів до вирішення проблем здоров'я. За останні 2,5 тисячі років парадигма охорони здоров'я неодноразово змінювалася - від «гуморальної теорії» Гіппократа до доказової медицини. Ці зміни були викликані різними причинами - від зміни переважної патології до новітніх досягнень науки. Незмінним залишалося лише одне: головний стержень будь-якої парадигми охорони здоров'я - націленість на боротьбу з хворобою. і в цьому є своя логіка.

Ми вважаємо, що настав час зміни парадигми охорони здоров'я. Є, як мінімум, три поважних причини для цього. Перша полягає в тому, що на людство насувається еволюційна катастрофа: перед нами стоїть проблема, наявність і значимість якої поки не усвідомлюється в достатній мірі ні громадськістю, ні наукою. Мова йде про біологічну деградацію виду *Homo sapiens*. Вона проявляється: прискореним темпом старіння,

зниженням стійкості представників популяції до впливу різного роду негативних факторів (гіпоксії, крововтрати, інтоксикації і ін.), епідемією хронічних неінфекційних захворювань, високою коморбідністю, ослабленням репродуктивної функції, народженням ослабленого потомства, зниженням психофізичних якостей і мн. ін. Все це є наслідком зменшення стійкості нерівноважної термодинамічної системи (живого) через зменшення потенціалу її енергії. і змінити ситуацію, спираючись тільки на існуючі методологію і технології медицини, неможливо. Критерії громадського здоров'я не враховують більшість з представлених показників якості популяції, і процес деградації проходить повз увагу фахівців.

Друга проблема полягає у фінансуванні охорони здоров'я. у більшості країн визнають, що система охорони здоров'я ненаситна в своїх потребах, а держава не в змозі збільшувати бюджетні асигнування на цілі охорони здоров'я. Ситуація стала настільки серйозною, що її стали обговорювати експерти економічного форуму в Давосі. За їхніми даними вже в найближчі десятиліття глобальні витрати на сектор охорони здоров'я зростуть втричі: з 921 трильйонів доларів в 2014 р до 2 424 трильйонів в 2040 р при зростанні населення з 7 до 9,5 мільярдів чоловік. Якщо ми не змінимо стратегію боротьби з цими захворюваннями, то світову систему охорони здоров'я чекає фінансова криза.

Хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ: серцево-судинні, злоякісні, ендокринні, системи дихання) – провідна проблема сучасної охорони здоров'я. Їх зростання і омолодження - об'єктивна реальність. Саме ця група захворювань є основною причиною смерті в розвинених країнах (87%), а також інвалідизації і обмежень в соціальній реалізації особистості. Боротьба з ними поки не додає оптимізму. і це третя причина необхідності зміни парадигми охорони здоров'я - її недостатня ефективність. Навіть правильно призначені препарати часто не роблять очікуваного терапевтичного ефекту.

Чи є альтернатива традиційної парадигми охорони здоров'я, основу якої становить лікування хворих? Так, така альтернатива існує, і пов'язана вона з законами термодинаміки. Отримані нами дані дозволяють стверджувати, що є реальна можливість «керувати» здоров'ям, а не займатися його «ремонтom». і це суть нової парадигми.

Сутність соматичного здоров'я і можливість його «вимірювання».

Живий організм являє собою відкриту термодинамічну систему, яка існує за рахунок сонячної енергії. Без енергії немає життя. Дивно, як до сих

пiр медицина не скористалося цiєю абсолютною закономiрнiстю для вирiшення проблем охорони здоров'я! Сонячна енергiя проходить ряд стадiй трансформацiї i зберiгається в мiтохондрiях у виглядi макроергiв. Саме макроергi є основою механiзмiв самоорганiзацiї живої системи i забезпечують її життєздатнiсть (гомеостаз, адаптацiя, реактивнiсть, резистентнiсть, репарацiя, регенерацiя, терморегуляцiя, компенсацiя, онтогенез i ін.). По сутi своїй процеси самоорганiзацiї живої системи є механiзмами здоров'я, якi пiдтримують низький рiвень ентропiї в системi. в iснуючiй стратегiї охорони здоров'я вплив на них практично не передбачено, так як головна мета цiєї стратегiї - вплив на процеси патогенезу i прояви захворювання, тобто наслiдки збiльшення ентропiї. . у той же час, як i в будь-якому iншому механiзмi, потенцiал енергiї визначає ступiнь його досконалостi: чим бiльше енергiї (з урахуванням маси), тим бiльш досконала працює система. Таким чином, сутнiсть здоров'я - енергопотенцiал бiосистеми.

Органiзацiя циклу.

Всi цi питання вiдображенi в новому циклi тематичного удосконалення «Основи управлiння iндивiдуальним здоров'ям людини», який розрахований на пiдвищення квалiфiкацiї лiкарiв терапевтичного, педiатричного, стоматологiчного, медико-профiлактичного, медико-психологiчного профiлiв, сiмейних медицини, фахiвцiв з управлiння охороною здоров'я, та проводиться з метою поглиблення у вказанiй категорiї слухачiв ключових професiйних компетентностей, а також отримання ними нових актуальних теоретичних знань щодо збереження та вiдновлення рiвня здоров'я особистостi, формування мотивацiї вiдповiдального ставлення до власного фiзичного, психiчного та соцiального благополуччя, профiлактичного спрямування та програм вiдновлення, а також вдосконалення практичних навичок i умiнь, необхідних для професiйної дiяльностi слухачiв вiдповiдно до постiйно зростаючих вимог сьогодення.

Програма охоплює обсяг як теоретичних знань i практичних навичок, необхідних лiкарям будь-якого профiлю для належного вирiшення питань органiзацiї, забезпечення високого рiвня фахової культури в основних напрямках їх дiяльностi.

Програма побудована за системою блокiв. Основнi блоки: 1) Основи управлiння iндивiдуальним здоров'ям людини; 2) Дiагностика та прогнозування iндивiдуального здоров'я; 3) Шляхи та засоби активного формування збереження та змiцнення здоров'я особистостi. Для

виконання даної програми навчальним планом передбачено традиційні види навчальних занять: лекції, семінари та практичні заняття. Теоретична підготовка передбачає активну участь слухачів у семінарських заняттях та лекціях. На практичних та семінарських заняттях слухачі циклу під керівництвом викладача опановують практичні навички із самостійного вирішення ситуацій дотичних до управління індивідуальним здоров'ям у сферах своєї практичної діяльності.

Навчальний план передбачає проведення освітнього процесу на циклі за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання, у тому числі 50 % академічних годин з використанням технології дистанційного навчання у вигляді заочної частини циклу. Дистанційно проводяться лекції та семінарські заняття. Практичні заняття проводяться за очною формою, на базі НМАПО імені П. Л. Шупика.

Список використаних джерел

1. Апанасенко, Г. Л. (2020). Введение в новую парадигму здравоохранения. Киев.
2. Бугайов, О. П., Рудько, Г. І., Білявський. Г. О., Яцишин, А. В. (2018). Екологічна безпека людини у Всесвіті: ресурсно-енергоінформаційний аспект: у 2 т., Київ-Чернівці : Букрек.

THE FEATURES AND PRIORITIES OF CONDUCTING CLASSES IN THE REMOTE FORMAT IN PREPARATION FOR THE OSCE IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN THE COVID-19 ERA

Konkov D.

Klivak V.

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

The whole educational system from elementary to tertiary level has been collapsed during the lockdown period of the novel COronaVirus Disease 2019 (COVID-19) not only in Ukraine but across the globe. COVID-19 is called as pandemic due to its severity and fierceness also as the greatest global health crisis since after centuries in human civilization. This phenomenon leads medical students to turn to more digitally available resources such as YouTube and Wikipedia to supplement their university learning resources but these resources have few if any quality controls and can be misleading. Medical schools are now being forced to compete with tech companies, such as

Google, as the go-to educational resource. The world of medical education is going through a digital transformation, and medical schools must accept the change that is occurring if they want to remain the best providers of quality education for their students. Thus, this is the time to earnestly rethink, revamp and redesign our education system in much demanding need of unprecedented current situation.

Online education became a pedagogical shift from traditional method to the modern approach of teaching-learning from classroom to Zoom or Microsoft Teams, from personal to virtual and from seminars to webinars. Preliminarily, e-learning, distance education and correspondence courses were popularly considered as the part of non-formal education, but as of now, it seems that it would gradually replace or supplement the formal education system if the circumstances enduringly persist over the time.

To date, it is really hard to take classes in normal mode among the COVID-19 era in which to keep the social distancing is of paramount importance; it is no doubt online teaching mode became a necessity that brought an organization and individual both rethink everything.

Whereas someone believe that the fast move to online learning – with no training, lack of capacity, and little preparation– will result in a poor user experience that is not contribute to steady growth, others are sure that a new hybrid model of education will appear, with significant benefits.

For people who believe in offline learning, there is evidence that distance education can be more effective in a number of ways. Some research shows that on average, students retain 30-65% more material when learning online compared to only 9-11% in a classroom. This is mostly due to the students being able to learn faster online; e-learning requires 38-58% less time to learn than in a traditional classroom setting because students can learn at their own pace, going back and re-reading, skipping, or accelerating through concepts as they choose. That's why we conduct obstetrics and gynecology classes for students on the educational platform in a remote format.

During classes in obstetrics and gynecology on different platforms in a remote format, we have established a number of priorities from these centres to ensure an equitable and accessible online learning experience for students during the COVID-19 pandemic and into the future:

1. Create accessible materials: Before beginning classes we ensure that loaded documents can be easily shared and printed; share documents and materials that are compatible with assistive technologies; adopt inclusive writing, respectful and sensitive to students from different backgrounds;

provide descriptions in hyperlinks and images for students with visual impairments and using screen readers; format text in easily readable colours and fonts; provide course content materials in multiple formats.

2. Choose adequate digital technologies: We use digital technologies supported by university and institutional IT department; choose tools that include accessibility features and use digital technologies to help students work better.

When conducting classes we use different platforms, especially, Microsoft Teams platform. There we can create Google forms, record videos of practical classes, tests, audio recordings, orders, guidelines, demonstrate PPT, record lectures, evaluate students and monitor their results during module and classes. We attach any information according the lesson or exam to the files created by the team, including videos, using technology of flippedclass, in combination with previously recorded video in the simulation center by the trainers and professionals of various profiles. The platform has proven itself in the best way when conducting OSCE.

3. Record classes and lectures, and caption videos and audio content: we try to ensure the availability of lessons and lectures; facilitate the accessibility of these classes and lectures or any other video or audio content through captioning.

All classes and lectures conducted by us are recorded and remain for a certain period of time on the Microsoft Teams platform. Students can review them and analyze their mistakes.

4. Follow a flexible approach to student participation: we prepare for flexible timing for student assessment; discontinue traditional lectures; we provide additional time for completing tests and other evaluations when necessary.

Distance education has given us excellent opportunities to improve the flexibility of practical classes: both the time spent by the classes and the assessment of students.

5. Understand student needs: during classes we pause and ask students about their needs, their expectations and how things are going with them — because they know best about their own situation, administer ongoing surveys to monitor students' situations.

Which was clearly demonstrated by this COVID-19 pandemic is the importance of spreading knowledge across borders, communities, and all parts of medical education. If distance educational technology can play a role in online learning of students, it is necessary for us to study all of its full potential.

СУЧАСНІ ІТ-РІШЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: ДОСВІД СУМДУ

Зубань Ю.

доцент, Директор Центру технологій електронного навчання

<https://orcid.org/0000-0002-6596-894X>

Мелеховець О.

доцент, заступник декана факультета післядипломної медичної освіти

<https://orcid.org/0000-0001-9031-7009>

Лобода А.

доцент, директор Медичного інституту

<https://orcid.org/0000-0002-5400-773X>

***Сумський державний університет,
Україна***

Сфера впровадження *E-learning* у Медичному інституті СумДУ включає як додипломний, так і післядипломний рівні, а саме, студентів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів, слухачів курсів спеціалізації, стажування та тематичного удосконалення. Створені у СумДУ платформи та frameworks для інтерактивних навчальних об'єктів спрощують процес розроблення симуляторів і тренажерів та дозволяють їх застосування від web-браузера на ПК чи мобільному пристрої до режиму VR у спеціалізованій лабораторії. Важливим сучасним напрямом методичної роботи є використання елементів доповненої та віртуальної реальності (лабораторія VR/ARUlab СумДУ) при забезпеченні дистанційної роботи.

Ключові слова: *дистанційне навчання, E-learning, онлайн-навчання, змішане навчання, blended learning, медична освіта*

З 2011 році в СумДУ реалізується концепція розбудови єдиного освітнього середовища електронного навчання, яка декларує сприяння реалізації місії університету щодо доступності одержання якісної медичної освіти, доступ до відкритих навчальних матеріалів та відповідної документації з будь-якого місця в зручний час для забезпечення гнучкості процесу навчання, забезпечення індивідуальних освітніх траєкторій для студентів з різним пізнавальним потенціалом тощо [1].

E-learning можна розглядати як інноваційний підхід для надання здобувачу медичної освіти спеціально-організованої, сфокусованої інтерактивної інформації в електронному вигляді. При цьому реалізується навчання без обмежень щодо місця та часу отримання інформації або зі спеціальними обмеженнями, зумовленими цілями навчання.

Сфера впровадження E-learning у Медичному інституті СумДУ включає як додипломний, так і післядипломний рівні, а саме, студентів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, докторантів, слухачів курсів спеціалізації, стажування та тематичного удосконалення.

До беззаперечних переваг дистанційного навчання можна віднести індивідуалізацію навчального процесу, що дозволяє кожному здобувачу опрацювати навчальний матеріал із власно обраними швидкістю та траєкторією, дає можливість взаємодіяти з викладачем у час, необмежений розкладом занять, надає свободи вибору місця й часу для навчання, що вкрай актуально, у тому числі для осіб із особливими потребами.

Єдина модель представлення навчального контенту дозволяє здійснювати трансфер результатів роботи слухачів на рівні окремих навчальних об'єктів між різними платформами.

Напрацьовані в СумДУ підходи до створення інтерактивних навчальних об'єктів спрощують процес розроблення симуляторів і тренажерів та дозволяють їх застосування від web-браузера на ПК чи мобільному пристрої до режиму VR у спеціалізованій лабораторії.

Система онлайн-навчання з єдиною програмно-інформаційною моделлю представлення навчального контенту дозволяє:

- створювати навчально-методичний контент засобами відкритого конструктора навчальних матеріалів «Lectur'ED» (<https://elearning.sumdu.edu.ua>) та спеціалізованого середовища для розроблення онлайн-курсів Studio;

- публікувати і здійснювати пошук матеріалів за різними параметрами на OpenCourseWare СумДУ (<https://ocw.sumdu.edu.ua>), де інші викладачі можуть на умовах ліцензії CC-BY-NC-SA імпортувати опублікований навчальний контент та доопрацювати його за власними вимогами;

- експортувати матеріали у формі онлайн-курсів на платформи дистанційного навчання «Salamstein» (<https://dl.sumdu.edu.ua>), змішаного навчання «MiX» (<https://mix.sumdu.edu.ua/>) та платформу

відкритих онлайн-курсів «Екзаменаріум» (<https://examenarium.sumdu.edu.ua/>).

Система онлайн-навчання забезпечує можливість спільного використання навчальних матеріалів, трансфер результатів навчання, постійну ротацію і вдосконалення навчального контенту. Форми представлення і застосування матеріалів можуть бути різні: як у вигляді онлайн-курсів, що потребують авторизованого доступу, так і у вигляді відкритих ресурсів, залежно від категорії слухачів і форми їх навчання.

Онлайн система післядипломної медичної освіти об'єднує можливості відкритого і академічного онлайн-навчання. Так, слухачі СумДУ можуть знайомитись з матеріалом на OpenCourseWare СумДУ, записатися на відкритий курс на «Екзаменаріум», продовжити навчання в статусі студента на платформах дистанційного («Salamstein») або змішаного навчання («MiX»). При цьому результати опрацювання матеріалів курсів можуть бути легко перенесені між різними платформами і враховані викладачем в різних моделях навчання.

Із 2016 року в медичному інституті СумДУ здійснюється пілотне впровадження змішаного навчання, метою якого є поширення змішаного навчання в освітню діяльність, формування відповідного освітнього середовища, інтеграція змішаного навчання з освітніми програмами. При цьому застосовуються наявні дистанційні курси, розміщені на платформі дистанційного навчання, структуровані колекції навчально-методичних матеріалів, розміщені на відкритому електронному ресурсі ОСВ СумДУ. Навчальний контент створюється за допомогою конструктора навчально-методичних матеріалів Lectur.ED.

Результати фінального опитування свідчать, що запропонована модель змішаного навчання розвинула у студентів, лікарів – інтернів та слухачів навички самостійного планування та організації діяльності, відповідальності та самостійності, сприяла поглибленню умінь, активному залученню в освітній процес. Серед переваг самостійної роботи з онлайн-матеріалами (вибір декількох відповідей) студенти та слухачі зазначили зручність доступу до матеріалів (70,6%), можливість самостійно планувати час (58%), можливість неодноразово звертатися до одного й того ж матеріалу для кращого засвоєння (55,5%), комфортність навчання в спокійних умовах (48,7%), зручність для навчання за індивідуальним планом (45,4%), можливість опрацювання додаткового матеріалу з певної тематики (27%), дає змогу розкрити потенціал кожного студента відповідно до його індивідуальних особливостей (22%), можливість

особистого росту (13,5%). Основним недоліком здобувачі дистанційного навчання вважають технічні проблеми.

Окремим питанням постає надання можливості імпорту і експорту електронних матеріалів між різними платформами і конструкторами [2], що суттєво спрощує задачу викладачам у підготовці й вдосконаленні навчальних матеріалів для лікарів.

Важливим сучасним напрямом методичної роботи є використання елементів доповненої та віртуальної реальності (лабораторія VR/ARUlab СумДУ <https://ulab.sumdu.edu.ua/>) при забезпеченні дистанційної роботи студентів та слухачів демонстраційними матеріалами. Така форма надання контексту покращує сприйняття інформації та засвоєння практичних навичок здобувачами вищої медичної освіти [3].

Отже, змішане навчання (blended learning) як сучасний освітній тренд викликає сьогодні зацікавленість у багатьох викладачів не лише в Україні. у світовій практиці напрацьовано вже значний досвід і поширюються різні його моделі. Автори пропонують визначити як основну ознаку змішаного навчання його реалізацію під керівництвом викладача в умовах, коли навчальна діяльність здобувачів додипломної та післядипломної освіти поєднує безпосереднє спілкування в аудиторії з самостійним опрацюванням матеріалів, зокрема, в опосередкованому віртуальному онлайн-середовищі. При цьому застосування електронного навчання не замінює повністю аудиторних занять з викладачем, а тільки розширює їх можливості шляхом упровадження сучасних засобів та технологій.

Список використаних джерел

1. Васильєв, А. В., Любчак, В. О., Зубань, Ю. О. та ін. (2016). ІТ-забезпечення діяльності інноваційного університету: досвід українського вишу : монографія А. В. Васильєва (ред.). Суми: СумДУ, Вилучено з <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/49770>.

2. Вороненко, Ю. В., Мінцер, О. П., Краснов, В. В., Соколова, Л. В., Мельник, І. В., Жирок, М. М. (2015). Підготовка електронних навчальних матеріалів (електронних підручників та навчальних посібників) до видання : Методичні рекомендації. Київ.

3. Melekhovets, O. K. (2020). Diabetes Mellitus Management. Practical Guide with Elements of Augmented Reality: study guide. Sumy: Sumy State University. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/76856>

НАВЧАННЯ ВІЙСЬКОВИХ І ЦИВІЛЬНИХ ЛІКАРІВ ТА ПСИХОЛОГІВ ЗА ТЕМОЮ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Древіцька О.

доктор медичних наук, доцент

ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України»

<https://orcid.org/0000-0002-1551-9329>

Сироп'ятов О.

доктор медичних наук, професор

ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України»

<https://orcid.org/0000-0002-1177-3127>

Мажбіц В.

кандидат медичних наук

ДУ «НДІ психіатрії МОЗ України»

<https://orcid.org/0000-0002-1177-7283>

Надмірні стреси, фізичні та психічні травми, різні цінності людей в умовах війни і миру ускладнюють психологічну адаптацію військовослужбовців. Психологічний надрив, втрата значущих людей, знецінення життя в поєднанні з характерологічними особливостями, легкий доступ до зброї можуть привести до суїциду. Ця тема залишається актуальною в сьогоденні та потребує пильної уваги в процесі безперервного навчання лікарів і психологів. Від спеціалістів вимагається настороженість з цього питання, вміння розрізняти стани і поведінку перед суїцидальними намірами та діями, знання простих методик психологічного впливу.

Ключові слова: безперервна освіта лікарів і психологів; суїцидальна поведінка; військовослужбовці

Суїцидальна поведінка (далі – СП) має значні соціально-економічні та медичні наслідки серед ветеранів усіх війн. Зокрема, за даними американських дослідників, кількість комбатантів, які загинули від самогубств, перебільшувала бойові втрати [1]. Клінічна картина військовослужбовців із СП поєднується з різноманітним клінічним поліморфізмом і часто ускладнюється прийомом психоактивних речовин: алкоголю, наркотиків, та інш. Як наслідок, поведінка залежних бійців стає непередбачуваною, небезпечною для них самих і оточення [2-3].

У США існують центри запобігання суїцидам та асоціації профілактики самогубств. Побудована там система профілактики СП серед військових свідчить про чималі матеріальні витрати та організаційні труднощі цього процесу. Розроблено Програми і плани запобігання самогубств в армії, проводяться навчання та спостереження на всіх рівнях за станом психічного здоров'я військових [4].

В нашій країні існує особлива ситуація гібридної війни, яка ускладнює процеси психологічної адаптації військових, специфічні умови розвитку ПТСР, депресивних і травматичних розладів, які можуть посилювати схильність до СП та потребують досліджень, розробки комплексу психопрофілактичних заходів, відповідного навчання лікарів і психологів.

У цілому, тема психопрофілактики суїцидів у комбатантів вимагає особливої уваги в процесі викладання військовим і цивільним лікарям і психологам як важливе соціально значиме питання.

Мета роботи: звернути особливу увагу викладачів безперервної освіти лікарів і психологів на питання профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців і ветеранів.

Один із засновників нейролінгвістичного програмування Френк Пьюселік за активної підтримки О. Богомолець, ще на початку збройного конфлікту з 2015 року проводив численні лекції, семінари і тренінги для лікарів і психологів з питань профілактики суїцидальної поведінки у військових і ветеранів. Спільна публікація [5] відображає американський досвід вирішення проблеми профілактики суїцидів і містить додаткові пропозиції О. Древіцької щодо системного психотерапевтичного підходу в процесі роботи з ветеранами. Апробація запропонованих в статті методик проводилася в Ірпінському шпиталі, в реабілітаційному центрі м. Хирова.

У процесі роботи з колегами (О. Г. Сиропятов, В. Б. Мажбіц) було виділено ряд питань, на які важливо звернути увагу лікарів і психологів у процесі викладання за цією тематикою: 1. Етіопатогенез СП: значення біологічних, психологічних і соціальних передумов; 2. Клінічна характеристика СП, поліморфізм і коморбідність з відповідною медико-психологічною стратегією і тактикою; 3. Заходи профілактики.

З біологічних передумов СП слід звернути увагу слухачів на те, що надмірні стреси приводять до виснаження гормонів наднирників, і це стає додатковим фактором розвитку депресій і СП. Підвищений ризик суїцидів у комбатантів зумовлений стресогенними чинниками в умовах військових дій, розвитком ПТСР та психогенних депресій.

Фаховий аналіз симптоматики сприяє виявленню нозологічної сутності СП, розподілу акцентів у процесі клініко-психологічної корекції СП для упередження завершених суїцидів: коли спостерігаються ендogenous депресії, гострі психотичні стани, – то абсолютно необхідною стає медикаментозна терапія; однак для більшості військових основним методом корекції є ефективна психотерапія: індивідуальна, групова, сімейна.

Абсолютно різні соціальні цінності військових в умовах бойових дій і мирного життя створюють труднощі психосоціальної адаптації комбатантів після повернення з «гарячих» точок, що приводить до поведінкових та емоційних порушень, суїцидальних думок і дій. Ситуація ускладнюється за умов втрати близьких, розладу сімейних відносин. Культуральні звичаї диктують військовим стереотип «бути сильними» та не сприяють їх зверненню до лікарів і психологів. Отже, необхідна особлива увага рідних, громади, держави, лікарів усіх ланок і психологів до душевного стану військових і ветеранів у аспекті профілактики їх суїцидів.

На сьогодні накопичено певний досвід застосування медико-психологічних методів виявлення небезпеки суїцидальної поведінки, який використовується в армії. До таких методів належать: спостереження, бесіда, вивчення анамнестичних даних, використання психодіагностичних методик, які складають батарею тестів і використовуються у процесі професійного відбору військових, однак після повернення до мирного життя у комбатантів можуть залишатися серйозні психологічні травми, які потребують своєчасного виявлення і терапії. з експрес-діагностичних методик слід звернути увагу на структуроване інтерв'ю: «Шкала оцінки ризику суїциду (The SAD PERSONS Scale)» [6].

Найбільш широко розповсюджені індивідуальні стресори, які спостерігалися у військовослужбовців перед СП: проблеми у відносинах, адміністративно-правові питання та труднощі на робочому місці. Психофізичні фактори, пов'язані з підвищеним ризиком самогубств, включали: черепно-мозкову травму, хронічний біль і порушення сну.

Стан високого суїцидального ризику характеризувався рядом проявів: стійкі фантазії про смерть; невербальні ознаки підготовки до СП; прямі або дотичні висловлювання про самоушкодження чи самогубство; стан депресії; почуття провини, сорому, страху; високий рівень імпульсивності у поведінці; факт нещодавньої втрати; емоційно-когнітивна фіксація на

кризовій ситуації; фізичне або психічне страждання з почуттям «душевного болю»; відсутність соціально-психологічної підтримки, прийняття оточення; небажання пацієнта приймати допомогу; відсутність або неможливість медичного втручання, виражене страждання, жаль з приводу того, що «залишився живий»; наявність негативного ставлення лікарів та медичного персоналу з порушенням процесу комунікації між ними, особливо - знецінення пацієнта

Біографічні фактори суїцидального ризику: суїцидальні спроби в анамнезі; суїцидальна поведінка рідних; суїцидальна поведінка «значущих інших». Відносними соціально-демографічними факторами СП є: чоловіча стать, самотність, порушення професійного стереотипу.

Індивідуально-психологічні фактори ризику: емоційна нестійкість; імпульсивність; емоційна залежність; неадекватна самооцінка; максималізм і категоричність; низька здатність до витіснення фрустраційних факторів; тривожність; почуття провини; суїцидальні інтенції.

Ознаки «прощання з життям»: попередження людей із числа рідних, близьких, друзів; надмірні реакції на стресові ситуації; роздача боргів, подарунків, написання заповіту, прощальних листів; фантазії і думки про смерть, самогубство, зосередженість на цих думках; суїцидальні погрози; попередні суїцидальні спроби, наявність засобів здійснення суїциду.

Медичні фактори суїцидального ризику: депресія; синдром алкогольної або наркотичної залежності; шизофренія; хронічна соматична патологія; фізичні каліцтва; СНІД; розлади особистості; онкологічна патологія.

Особливу увагу в процесі навчання лікарів і психологів слід звернути на те, що так звана «демонстративно-шантажна поведінка» потребує такого самого уважного ставлення як і «справжня» СП, оскільки недооцінкалюбих проявів СП може стати фатальною і потребує серйозних заходів відповідної діагностики і терапії.

Висновок. Розгляд ряду біологічних, психологічних і соціальних передумов СП у військовослужбовців, її проявів потребує особливої уваги лікарів і психологів у процесі їх безперервного навчання. Публікація відображає лише частину проблематики СП та закликає до уважного ставлення лікарів, медичного персоналу і психологів до профілактики СП, що потребує подальших досліджень, вдосконалення медико-психологічних та організаційно-профілактичних заходів.

Список використаних джерел

1. Rozanov, V., Carli, V. (2012). Suicide among War Veterans. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 9(7), 2504-2519. [https:// doi.org/10.3390/ijerph9072504](https://doi.org/10.3390/ijerph9072504)
2. Jeffers, S. M., Jarnecke, A. M., Flanagan, J. C., et al. (2019). Veterans with PTSD and comorbid substance use disorders: Does single versus poly-substance use disorder affect treatment outcomes? *Drug and Alcohol Dependence*. (199), 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.001>
3. Lewei, A.L., Peltzman, T., McCarthy, J. F., et al. (2019). Changing trends in opioid overdose deaths and prescription opioid receipt among veterans. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(1), 106–110. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.01.016>
4. Thomas, WA J. R., Doane, E. L., Gallavan, R. H. (2017) Medical Evaluation Board for Mental Health Condition: U.S. Army Officer Medical Evaluation Board Data by Branch and Component. *Mil Med.*,182(9):e1908–e1916. [https:// doi: 10.7205/MILMED-D-17-00041](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-17-00041)
5. Puselic, R. F., Drevitska, O. O. (2015). Методологія психологічної роботи з ветеранами і бійцями АТО. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*, 24(1), 655–660. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2015_24%281%29_110
6. William M., Patterson M. D., Henry H. et al. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24 (4), 343-345, 348–349. [https:// doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73213-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73213-5)

СУЧАСНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЯК КОМУНІКАТИВНА ПРАКТИКА: ФІЛОСОФСЬКИЙ КОМЕНТАР

Бойченко Н.

професор, професор кафедри філософії;

Пустовіт С.

*професор, завідувачка кафедри філософії
НМАПО імені П.Л. Шупика, МОЗ України,
м. Київ, Україна*

Аналізуються філософські аспекти засад сучасного університету як комунікативної практики. Показано, що комунікативна філософія розкриває нові смисли вищої освіти та професійної етики викладача вищої школи як етики прикладної, дозволяє розглядати самовизначення

університету, побудоване на комунікативних практиках, як цінність та імператив.

Ключові слова: комунікативна філософія, комунікативні практики, комунікативна парадигма, комунікативні навички, філософія мови.

В середині ХХ століття відбувається лінгвістичний поворот, поворот від філософії свідомості до філософії мови, дискурсу, комунікації. Цей поворот знаменує перехід науки від некласичного до постнекласичного етапу розвитку, коли науковець має справу зі складними людинорозмірними об'єктами вивчення, вбудованими в різноманітні ціннісні та соціокультурні контексти, соціальні практики, тотальності, для розуміння яких потрібно орієнтуватися в розмаїтті дискурсів, навчитися «читати» та «тлумачити» «тексти» не тільки природничо-наукові, але й тексти гуманітарних, соціальних, правничих та ін. наук, навчитися співчувати, переживати, розуміти інших людей як в професійному, так й повсякденному житті не в якості суб'єктів дослідження, а як особистостей, самостей.

Філософія та теорія комунікативних практик (Ю. Габермас, Н. Луман, Дж. Остін, Дж. Серль) не тільки пропонує нову методологію викладання гуманітарних та природничих дисциплін, але й надає нового змісту професійній етиці викладача вищої школи як етики прикладної, дозволяє розглядати самовизначення університету, побудоване на комунікативних практиках, як цінність та імператив.

Комунікативна філософія сьогодні виступає методологічною засадою фактичної політики Євросоюзу в різних сферах, від екології до освіти, знаходить своє широке втілення в різних соціальних практиках: від стратегії вирішення соціальних конфліктів будь-якого рівня шляхом ведення переговорів і до принципів забезпечення освітньої комунікації в університетах і в загальному європейському просторі вищої освіти.

Комунікативна парадигма стає однією з основоположних ідей реформування сучасної системи вищої освіти, яке передбачає визнання, перш за все, ключовими цінностями освітнього процесу цінностей *свободи, відкритості, діалогу, комунікативних практик, академічної доброчесності* [1, с.7; 6].

Комунікативні практики передбачають, з одного боку, інформування учасників навчального процесу щодо різних аспектів навчання, а з іншого — створення каналів зворотного зв'язку, тобто можливість залишити коментар, питання чи побажання (за потреби анонімно). Комунікація може включати вебінари, тематичні зустрічі, воркшопи, тренінги, семінари, підвищення кваліфікації із загальних аспектів навчання, його переваг і ефективності. Одним із ризиків, які часто обговорюються в контексті навчання, є дотримання академічної доброчесності.

Академічні цінності, які виступають регулятивними орієнтирами для організації функціонування комунікативного простору, мають свої численні прояви (від академічної свободи до академічної мобільності) і виступають основою легітимації принципів, що визначають освітню комунікацію.

Звертаючись до філософії комунікації в межах реформування сучасної освіти доволі часто апелюють до аксіологічної проблематики – в той же час сама аксіологія переважно залишається орієнтованою на класичну етику як етику суб'єкта. Вихід із цієї несуголосності – очевидний та раціональний – шукати в галузі освіти, де етичні питання нерозривно пов'язані з комунікативними практиками.

Кожна складова освітньої комунікації може розглядатися як *мовна дія*, на відміну від решти сфер суспільного життя, сфера освіти найбільше використовує засоби мови, вона не стільки виступає в якості посередника при передачі інформації (для цього зараз існує, наприклад, Інтернет, а раніше цю функцію виконували традиційні бібліотеки), скільки є *засобом надання* педагогом ціннісного наповнення інформації, яке неможливо здійснити інакше, ніж в міжособистісній комунікації.

Німецький філософ Ю. Габермас, один з основоположників сучасної комунікативної філософії, обґрунтовує здатність раціонального дискурсу нівелювати можливі та наявні асиметрії комунікації. в своїй роботі «До реконструкції історичного матеріалізму» [2], присвяченій переосмисленню гуманістичних інтенцій філософії матеріального виробництва К. Маркса, він розглядає *філософію мови* як невід'ємну складову комунікативної філософії, апелюючи, зокрема, до робіт Дж. Остіна про мовні акти та їх іллокутивне значення [3].

Проте, коли ми говоримо про освітні інституції, йдеться не просто про трансляцію певного особистого досвіду або пов'язаних з ним цінностей,

але про загальновизнані рамки цінностей освіти. Ці рамки не є довільними, хоча їх відтворення і залежить від доброї волі членів суспільства. з одного боку, без визнання цих рамок суспільство не могло б функціонувати, але з іншого – люди повинні свідомо і добровільно прийняти їх, навіть якщо самі умови прийняття цих рамок і самі ці рамки не артикулюють, а сприймаються, наприклад, як щось само собою зрозуміле, як традиція або габітус.

Як показали дослідження Н. Лумана, засобом забезпечення соціальної комунікації є не окремі суб'єкти, а *функціональна соціальна система*. Комунікація всередині соціальних систем має свою самодостатність та не-випадковість, на відміну від участі в ній конкретних суб'єктів (їх особиста участь не обов'язкова, всі вони принципово замінні, хоча і не як особистості, а тільки як виконавці певної соціальної функції). в результаті учасники не можуть привнести нового змісту в комунікацію, крім того, який потрібен для її самовідтворення: «Комунікаційна система повністю закрыта тому, що компоненти, з яких вона складається, відтворюються через саму комунікацію» [4]. в соціальній системі таким чином є менше можливостей для встановлення комунікації – система конституюється через покладення межі та різниці між собою та довкіллям. у соціальному світі люди перебувають в таких умовах, що дозволяють їм очікувати щось певне від інших членів суспільства [7]. Саме коли учасник комунікацій здійснює акт очікування чи передбачення дії іншого, він бере участь в конструюванні соціальної системи. Можливість в одному вчинку передбачати наслідком інший вчинок є власне комунікацією, що засадничо постає у відповідь на потребу людини у спрощенні складності. Таким чином природа соціальних систем комунікативна – вона постає з комунікації взаємоспямованих очікувань та дій.

Для закладів вищої освіти це означає принципову здатність соціальної системи освіти відтворювати *саму себе на власних основах як комунікативну спільноту* за умови прийняття базового смислового коду освіти, на імперативно-ціннісних засадах. в якості такого коду та засад сьогодні можуть виступати цінності університету, академічної доброчесності, цінності вченого, педагога, професора [5].

В контексті комунікативної парадигми освіта не повинна розглядатися виключно як «споживання» знань-товару пасивними суб'єктами освітнього

процесу. Перспектива перетворення освіти на бізнес-проект та надмірне адміністрування загрожують руйнуванням комунікації і, з точки зору кінцевих цілей освіти, – розривом між привілейованими експертами як володарями ексклюзивних знань та аморфним натовпом одержувачів фрагментарної, «підготовленої», дидактично спрощеної «живильної маси» знань.

Саме тому, сьогодні крім професійних навичок, важливим результатом навчання у вищій школі є набуття універсальних рис та вмінь, так званих *м'яких навичок* (soft skills) [6], серед яких найбільш важливі – *комунікативні*, що дозволяють ефективно спілкуватися вербальним та невербальним чином не тільки з представниками адміністрації, професорсько-викладацьким складом, викладачами, колегами. Комунікативні навички включають в себе здатність та вміння відстоювати свою позицію, грамотно її аргументувати, спілкуватися в конфліктній ситуації, а також вміння уважно слухати інших, вести дискусію, інтерв'ю, бесіду, в тому числі на діалогічних засадах.

Список використаних джерел

1. *Рекомендації щодо впровадження змішаного навчання у закладах фахової передвищої та вищої освіти.* (2020). Вилучено з <https://mon.gov.ua/ua/osvita/visha-osvita/rekomendacij-shodo-vprovadzhennya-zmishanogo-navchannya-u-zakladah-fahovoyi-peredvishoyi-ta-vishoyi-osviti>.

2. Габермас, Ю. (2014). *До реконструкції історичного матеріалізму.* (В. Купліна пер. з нім.). Київ : Дух і Літера.

3. Остин, Дж. (2006). *Три способа пролить чернила.* Москва : Алетейя.

4. Луман, Н. Что такое коммуникация. (1995). (Д. В. Озирченко пер. с нем.) *Социологический журнал.* (3), 114–125.

5. Бойченко, Н. М. (2015). *Сучасний університет: ціннісно-етичний вимір* : Монографія. Київ : ПРОМІНЬ.

6. Scheerens, J., van der Werf, G., de Boer, H. (2020). *Measurement of Soft Skills in Education.* In: *Soft Skills in Education.* Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54787-5_6

7. Мінаков, М. Луман, Н. (2010). *Соціальна система, комунікація і масмедії: творення спільної реальності.* Київ : АУП, ЦВП.

ЗМІСТОВІ СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Касьянова О.

*доктор педагогічних наук, професор,
завідувач кафедри педагогіки, філософії
та мовної підготовки*

**Харківської медичної академії
післядипломної освіти, Україна**

Разумна А.

*старший викладач кафедри педагогіки,
філософії та мовної підготовки*

**Харківської медичної академії
післядипломної освіти, Україна**

Стриженко Т.

*старший викладач кафедри педагогіки,
філософії та мовної підготовки*

**Харківської медичної академії
післядипломної освіти, Україна**

Зюзько В.

*старший лаборант кафедри педагогіки,
філософії та мовної підготовки*

**Харківської медичної академії
післядипломної освіти, Україна**

Професійна ідентичність майбутнього фахівця визначається як єдність ставлень особистості до обраної професії, професійної спільноти та себе, як майбутнього професіонала, і відображає співвідношення ідеального та реального професійних Я-образів; диференційовано три групи її змістових характеристик: «об'єктивовані», визначені складом самої професійної діяльності та її рефлексії; «розвивальні», визначені процесами розвитку професії, та усвідомленням ментального ресурсу оволодіння новим в професії; «особистісні», що визначаються власною *взаємодетермінацією* професійної та особистісної ідентичності.

Ключові слова: професійна ідентичність, об'єктивований, розвивальний, особистісний зміст професійної ідентичності майбутнього фахівця.

Впровадження новітніх наукових досягнень у медичну практику потребує постійного вдосконалення підготовки фахівців. Сучасний лікар стикається з необхідністю бути готовим до прийняття обґрунтованих самостійних професійних рішень, що органічно пов'язано із здатністю ідентифікувати себе із професіоналом, який визначається усвідомленим володінням сучасними протоколами надання медичної допомоги у поєднанні з високою персональною відповідальністю [1; 2]. Великого значення набуває становлення професійної ідентичності майбутнього фахівця сфери охорони здоров'я ще на етапі навчання у ЗВО як передумови його подальшої професійної ефективності [3].

Професійна ідентичність майбутнього фахівця – це складний динамічний соціально-психологічний феномен, що визначається єдністю ставлень особистості до обраної професії, професійної спільноти та себе, як майбутнього професіонала, і відображає співвідношення ідеального та реального професійних Я-образів[2]. Змістовні характеристики професійної ідентичності обумовлюються об'єктивними вимогами професії, яка і забезпечує «морфологію» професійної діяльності й професійної спільноти [4].

На підставі аналізу навчальних програм (планів) підготовки майбутніх фахівців сфери охорони здоров'я в закладах вищої освіти, галузевих стандартів, сучасних поглядів на професійну підготовку і функції лікаря, які закладені у медичну реформу України, ми визначили три групи *змістових* складових професійної ідентичності майбутнього фахівця медичної галузі:

1) зміст «об'єктивований», що *об'єктивно* визначається складом самої професійної діяльності, і *суб'єктивно* усвідомлюється і рефлексується суб'єктом як *необхідне* у співставленні з *актуальним* опанованим (зміст дій, рівень складності, характер труднощів, ступінь оволодіння тощо);

2) зміст «розвивальний», що *об'єктивно* визначається процесами розвитку та оновлення професії, і *суб'єктивно* усвідомлюється як необхідний ментальний ресурс для оволодіння новим в професії (ментальні та самоорганізаційні засоби концентрації уваги, опанування, закріплення нових алгоритмів дій тощо);

3) зміст «особистісний», що визначається власною *взаємодетермінацією* професійної та особистісної ідентичності, що обумовлений особистісною самоідентифікацією в професії (професійної самореалізації, професійно обумовленого культурного зростання тощо) і впливом професії та особистісно-аксіологічну сферу.

В умовах освітнього процесу вищої медичної школи забезпечення об'єктивованого змісту професійної ідентичності реалізується шляхом формування світоглядної позиції фахівця (*природничо-наукового світогляду*, що дає можливість фахівцеві науково коректно визначати причину природних явищ, які лежать в основі предмету їхньої професійної діяльності; *клініко-технологічного світогляду* у відповідності до сучасних концепцій доказової медицини); становлення гуманітарно-комунікативної складової професійної діяльності – *професійно-комунікативної готовності* до професійного спілкування на гуманістичних засадах, здатності до управління ставленням підлеглих фахівців та пацієнтів до лікування та профілактики тощо; *деонтологічної та етичної готовності* брати на себе відповідальність за професійні рішення та виконання відповідних професійних дій; усвідомлення і прийняття стресогенних умов професійної діяльності, до яких у професіонала мають бути сформовані особистісно-психологічні копінги, що дозволяють контролювати їх негативний вплив на особистість фахівця та ефективність його професійної діяльності [5; 6; 7; 8].

Готовність професіонала до нових вимог професійної діяльності забезпечується завдяки усвідомленню власних суб'єктивних можливостей опанування професії, її професійних алгоритмів та стандартів тощо; власної конкурентоздатності на ринку праці у відповідній галузі, професійно-кар'єрних можливостей, підвищення кваліфікації тощо, яка забезпечується засобами відповідної рефлексивної діяльності [9].

Особистісно детерміновані аспекти професійної діяльності забезпечуються за умов створення можливостей власної самореалізації у професійній діяльності через креативний, інноваційний характер діяльності, формування власного професійного стилю тощо; усвідомлення меж задоволення утилітарних потреб особистості засобами професійної діяльності – престижності, матеріальної та соціальної оцінкою праці, безпекові та гігієнічні умови праці тощо; визначається як спосіб, що опосередковує задоволення решти утилітарних потреб фахівця як людини [10].

Список використаних джерел

1. Логуш, Л. Г. (2014). Міжнародні стандарти медичної освіти. *Педагогічний процес: теорія і практика*, (2), 100–103.
2. Разумна, А. Г. (2020). Особливості формування професійної ідентичності майбутніх фахівців сфери охорони здоров'я при опануванні

природничо-наукових, гуманітарних та клінічних дисциплін. *Методичні аспекти забезпечення якості післядипломної освіти на основі компетентнісного підходу* : матеріали наук.-методолог. семінару. Харків, 2020. 22–34.

3. Пішак, В. П., Борисюк, А. С. (2014). Роль теоретичної та практичної підготовки у становленні професійної ідентичності майбутнього медичного працівника. *Психологічна і педагогічна науки в Україні*: зб. наук. праць, (5), 368–378.

4. Копочинська, Ю. В. (2020). Понятійний апарат системи формування професійної ідентичності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії. *Український педагогічний журнал*, (2). 51–59.

5. Романишина, Л. М. Хмеляр, І. М., Лукащук, М. М. (2010). Професійна спрямованість навчання природничих дисциплін у системі підготовки медичного працівника середньої ланки. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*: (ел. наук. фах. вид.), (4). http://www.nbu.gov.ua/e-journals/Vnadps/2010_4/zmist.html.

6. Стучинська, Н. В. (2008). Інтеграція фундаментальної та фахової підготовки майбутніх лікарів у процесі вивчення фізико-математичних дисциплін (автореф. дис... д-ра пед. наук) Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. Київ, Україна.

7. Лернер, Г. И. (1988). Клиническое мышление врача и возможность его формирования. *Новые методы и средства обучения*. (1(5)). 78–95.

8. Лимар, Л. В. (2010). Аналіз дослідження сформованості готовності до безконфліктної взаємодії з пацієнтами студентів-медиків. *Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту імені Т.Г. Шевченка. Серія Психологічні науки*. (82(1)). 366–371.

9. Кремень, В. (2007). Деякі питання формування особистості професіонала в контексті вимог сучасного суспільства. *Професійне становлення особистості: проблеми і перспективи*: матеріали IV міжнар. наук.-практ. конф. Хмельницький, 3–6.

10. Максименко, С. Д, Осьодло, В. І. (2010). Структура та особистісні детермінанти професійної самореалізації суб'єкта. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України, (8), 3–19.

АКТУАЛЬНІСТЬ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ЛАБОРАНТІВ: РИЗИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Сергієнко Л.

к.м.н. асистент кафедри клінічної лабораторної діагностики НМАПО імені П.Л. Шупика

Колядінцев В.

аспірант кафедри клінічної лабораторної діагностики НМАПО імені П.Л. Шупика

Клименко В.

д.м.н. проф., завідувач кафедри клінічної лабораторної діагностики НМАПО імені П.Л. Шупика

Україна

<https://orcid.org/0000-0002-2551-7642>

На сьогоднішній день залишається актуальною проблема навчання персоналу медичних лабораторій, а саме набуття ними професійних навичок, компетенцій та «soft skills». Навчання персоналу широко обговорюється як в Україні [1-6] так і країнах Європейського союзу та Сполучених штатах Америки [7-11].

Ключові слова: Лікар-лаборант, освіта, інтернатура.

Мета. Проаналізувати сучасну систему підготовки лікаря-лаборанта та висвітлити ризики та перспективи в освіті лікарів-лаборантів.

Матеріал. Стосовно законодавчої частини, в довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників [5] наведені завдання, обов'язки та що повинен знати лікар-лаборант, яким компетенціям повинен відповідати лікар-лаборант, щоб здійснювати свою практичну діяльність. Проте вони є застарілими та не відповідають дійсності. Так, в довіднику не наведені вимоги щодо вміння інтерпретувати результати лабораторного дослідження, знань внутрішнього та зовнішнього якісного контролю, впровадження стандартів, тощо.

На даному етапі єдиним шляхом вирішення невідповідності між компетенціями ми, які прописані законодавчо і вимагає ринок праці є освітні програми (ОП) по яким навчаються майбутні лікарі-лаборанти. Але і тут не все однозначно, так як отримати сертифікат лікаря-спеціаліста зі спеціальності «Лабораторна діагностика» для здійснення лікарської практики можна двома шляхами (схема 1).

Перший шлях починається з навчання у медичному закладі вищої освіти (ЗВО) третього або четвертого рівня акредитації. Так студент навчається 6 років за спеціальністю «Медицина» або «Педіатрія», відповідно складає Крок1 та Крок 2, Державні іспити, ЄДКІ, отримує диплом «Спеціаліста» з кваліфікацією «Лікаря» (повна вища освіта), після чого, проходить 1 рік інтернатури на кафедрі клінічної лабораторної діагностики вищого медичного навчального закладу та отримує сертифікат лікаря-спеціаліста зі спеціальності «Лабораторна діагностика» після чого може займатися лікарською практикою.

Другий шлях починається з навчання у ЗВО першого рівня акредитації або структурному підрозділі вищого навчального закладу третього або четвертого рівня акредитації. Студент вчиться 4 роки за спеціальністю «Лабораторна діагностика» і, здавши Крок1 та іспит, отримує диплом «Бакалавра» з кваліфікацією «Лаборант» (середня спеціальна освіта). Після чого може вступити в магістратуру ЗВО третього або четвертого рівня акредитації за спеціальністю «Лабораторна діагностика» здає Крок 2, захищає магістерську роботу, отримує диплом «Спеціаліста» з кваліфікацією «Лікаря-лаборанта» (повна вища освіта). Після чого, також, проходить 1 рік інтернатури на кафедрі клінічної лабораторної діагностики та отримує сертифікат «Лікар-спеціаліст» за спеціальністю «Лабораторна діагностика» і може займатися лікарською практикою.

У підсумку ми отримуємо на ринок праці спеціалістів з лабораторної діагностики за двома різними освітніми програмами (ОП), як в першій так і в другій є свої позитивні та негативні сторони. Відповідно до першого шляху спеціаліст недостатньо кваліфікований саме з клінічної лабораторної діагностики (лабораторної медицини). Так, як вивчити за 1 рік інтернатури багато біохімічних, гематологічних та загально-клінічних методів дослідження, набрати необхідну кількість практичних навичок для формування власне професійних навичок, вміти проводити внутрішній і зовнішній контроль якості не є можливим. в деяких медичних ЗВО третього або четвертого рівня акредитації є вибіркові дисципліни з лабораторної діагностики або лабораторна медицина включена як розділи клінічної лабораторної діагностики в основному інших клінічних дисциплін.

Що до лікарів-лаборантів, які навчаються за другим шляхом, ОП складені таким чином, що вони починають вивчати лабораторну діагностику власне ще з бакалаврату, багато хто з цих студентів, навчаючись в магістратурі, вже може працювати лаборантом в медичній лабораторії і відповідно вони є більш підготовленими з лабораторної діагностики. Але вони не проходять таку кількість клінічних дисциплін, як лікарі-лаборанти з першого шляху, що в свою чергу відображається на знаннях про клінічну симптоматику при ураженні різних систем організму.

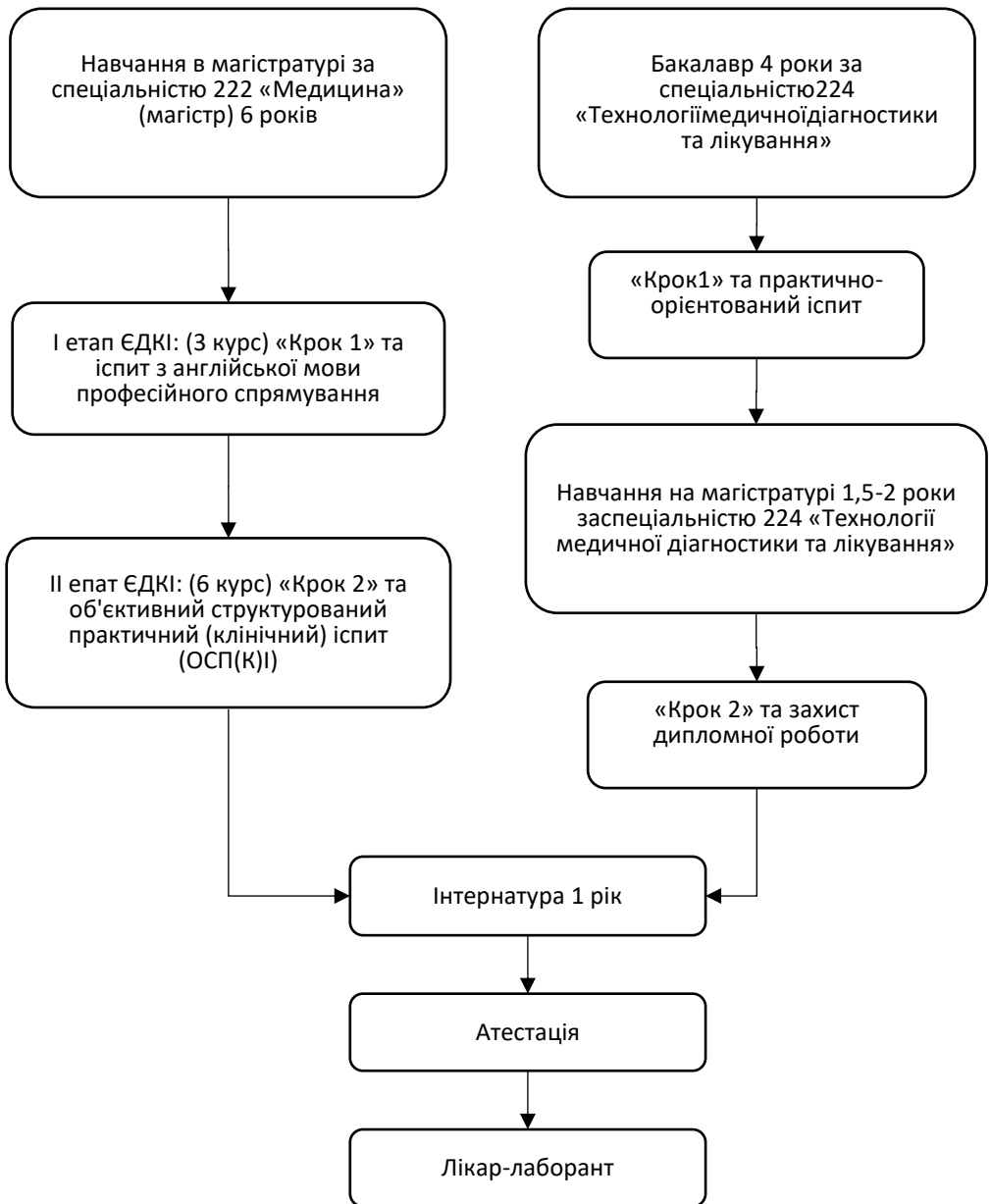


Схема 1. Навчання та підготовка лікаря-лаборанта

Висновок. Сучасні компетенції законодавчо-нормативної бази не відповідають ринку праці та рекомендаціям міжнародних стандартів. Інтернатуру за спеціальністю «Лабораторна діагностика» проходять магістри з різними компетенціями. Попри зміни в навчанні спеціалістів лабораторної медицини, рівень їх кваліфікації залишається недостатнім для відповідності міжнародним вимогам. Можливим варіантом вирішення даної невідповідності є або збільшення навчання в інтернатурі, або запровадження резидентури з лабораторної медицини.

Список використаних джерел

1. Плеш, І. А., Кшановська, Г. І., Хомко, О. Й., Борейко, Л. Д., Макарова, О. В. (2014). Сучасні можливості клінічної лабораторної діагностики. Буковинський медичний вісник, Т. 18, (1(69)), 147–150.
2. Кліщ, І. М., Марущак, М. І., Криницька, І. Я. (2012). Особливості кредитно-модульної системи навчання студентів стоматологічного факультету з дисципліни "Клінічна лабораторна діагностика". МЕДИЧНА ОСВІТА : Наук.-практич. Журнал, (4) 59–61.
3. Заблоцька, І. М. (2016). Предметні компетенції з аналітичної хімії майбутніх бакалаврів лабораторної діагностики. <http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/21873>
4. Черних, В. П., Гриценко, І. С., Залюбовська, О. І., Огарь, С. В., Набока, О. І. (2012). До питання підготовки магістра з лабораторної діагностики. Медична освіта, 198–199.
5. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (ред. від 12.07.2018). (2018). Охорона здоров'я. (78).
6. ДСТУ EN ISO 15189:2015. UEMS European Training Requirements Laboratory Medicine 2016. (15).
7. Henrique Reguengo. (2013). Evolution of laboratory medicine: the example of Portugal. Вилучено з http://www.becom.be/Trainance/EFLM/15h48_35_053/Capsule/2Videos.html.
8. The EFLM European Syllabus for post graduate training for Specialists in Laboratory Medicine. (2018). version 5.
9. UEMS European Training Requirements Laboratory Medicine 2016. (15).
10. Гильманов, А. Ж., Сяляхова, Р. М., Ахмадулина, Ю. А., Титова, Т. Н. (2009). О подготовке интернов по специальности "Клиническая лабораторная диагностика". Лабораторная медицина в свете Концепции развития здравоохранения России до 2020 года : тр. науч.-практич. конф. 28 сентября, 2009, Москва, Россия.

ЗМІНА ПАРАДИГМИ ВИКЛАДАННЯ НЕОНАТОЛОГІЇ ЛІКАРЯМ В СИСТЕМІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

Шунько Є.

*член-кореспондент НАМН України,
професор, завідувач кафедри неонатології
НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна*

<http://orcid.org/0000-0002-4883-2549>

Лакша О.

*к.мед.н. доцент кафедри неонатології
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<http://orcid.org/0000-0001-6241-4813>

Кончаковська Т.

*к.мед.н. доцент кафедри неонатології
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<http://orcid.org/0000-0002-1851-7695>

Краснова Ю.

*к.мед.н. доцент кафедри неонатології
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<http://orcid.org/0000-0003-2503-5552>

Костюк О.

*к.мед.н. доцент кафедри неонатології
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<http://orcid.org/0000-0003-2561-9347>

Белова О.

*к.мед.н. асистент кафедри неонатології
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<http://orcid.org/0000-0002-3534-9590>

Сіренко О.

*к.мед.н. асистент кафедри неонатології
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<http://orcid.org/0000-0002-1910-8228>

Актуальність проблеми нових підходів до підготовки медичних кадрів зумовлена зміною системи охорони здоров'я та системи вищої освіти в Україні. Останніми роками в Україні на фоні зниження кількості народжених дітей спостерігається підвищення питомої ваги передчасних

пологів, кількості новонароджених з перинатальною патологією та вродженими вадами розвитку внаслідок погіршення репродуктивного здоров'я населення. Нові сучасні високотехнологічні напрямки медичної допомоги новонародженим вимагають змін в медичній освіті та підготовці лікарів інтернів.

Ключові слова: Парадигма освіти, безперервний професійний розвиток, неонатологія, формальна освіта, інформальна освіта, клінічне мислення.

Зміни системи охорони здоров'я та вищої медичної освіти Україні потребують нових підходів до навчання лікарів [1]. Безперервний професійний розвиток (БПР) лікарів з неонатології має наступні складові та напрямки: нові теоретичні знання з питань фізіології новонароджених та передчасно народжених дітей; оцінка ситуацій перинатального ризику, які мають зв'язок зі станом репродуктивного здоров'я матері, особливостями перебігу вагітності та пологів; невідкладна допомога, діагностика та лікування захворювань у новонароджених та передчасно народжених дітей; прогнозування подальшого розвитку та катамнестичне спостереження. Крім того, важливо засвоїти навички ефективної комунікації і роботи в мультидисциплінарній команді для здійснення ефективного лікування, діагностики, медичного спостереження за станом здоров'я та розвитку передчасно народжених дітей [2].

Парадигма визначається як модель постановки проблем, що є зразок вирішення завдань і умовою теоретичної діяльності та включає в себе сукупність ідей, цінностей та переконань, визначених і визнаних науковими колами. Парадигма навчання неонатології має сприяти розвитку і збереженню наукових традицій, знаходити своє втілення у підручниках та наукових працях, визначати коло проблем і методів їх розв'язання на багато років вперед. в медичній освіті авторитарна парадигма поступово змінюється на парадигму педагогічної підтримки та сумісної роботи [3].

Зміна парадигми навчання відбувається шляхом переходу від звичної системи переважно аудиторного навчання (лекції, семінари) до нового формату, який передбачає активну участь лікарів-інтернів та слухачів системи БПР в набутті та передачі теоретичних знань та практичних вмінь. Система викладання трансформується від аудиторної до дистанційної освіти та самостійної роботи і самовдосконалення.

Освітні цілі у медичній освіті включають сприяння засвоєнню базових знань, вдосконалення процесу прийняття рішень, покращення діапазону сприйняття, поліпшення координації навичок, практикування у рідкісних або критичних подіях, навчання командної роботи та вдосконалення навичок[7].

Формальна освіта реалізується у таких різновидах: очна (курси підвищення кваліфікації, семінари, тренінги), дистанційна (дистанційні курси, онлайн конференції, вебінари), очно-дистанційні курси. Проте, формальна освіта не завжди відповідає запитам слухачів, обмежує можливості вибору теми, форми навчання тощо. Широко застосовується також інформальна освіта, яка реалізується за рахунок одноразових тематичних лекцій, відеоуроків, медіа-консультацій, спілкування з колегами, читання спеціалізованих журналів, інтернет-ресурсів[4].

Нове покоління лікарів є активними користувачами освітніх послуг у дистанційному форматі, які наразі застосовуються у школі, університеті та в системі безперервного професійного розвитку [5]. Важливим завданням викладачів є навчити лікарів проводити пошук інформації, здобувати необхідні знання та вміння і застосовувати їх на практиці. Оволодіння практичними вміннями відбувається під час курації пацієнтів (під контролем викладача), чергувань (допомога черговому лікарю, в тому числі в обслуговуванні медичної апаратури), оцінки результатів сучасних методів обстеження, заповнення медичної документації тощо.

Засвоєння комунікативних навичок відбувається як при консультуванні батьків з питань стану, особливостей захворювання та догляду за дитиною, так і під час дискусій на семінарах, при вирішенні ситуаційних задач, симуляційних сценаріїв, науково-практичних доповідей з актуальних клінічних питань. Клінічне мислення розвивається на клінічних та патолого-анатомічних конференціях, медичних консиліумах, обговореннях.

Все більше значення в системі медичної допомоги набуває безпека пацієнта, саме тому оволодіння практичними навичками та їх відпрацювання має здійснюватися на сучасних інтерактивних манекенах. Це дозволяє навчити лікарів приймати рішення, взаємодіючи в мультидисциплінарній команді фахівців [6].

Відповідно до сучасних вимог на кафедрі неонатології проводяться очно-заочні цикли тематичного удосконалення з елементами дистанційного навчання. Кафедра має електронні навчальні посібники, манекени для відпрацювання практичних навичок стабілізації стану

дитини, початкової, реанімаційної та невідкладної допомоги новонародженим. Клінічні ситуаційні задачі розглядаються у вигляді моделювання за пацієнт-орієнтованим підходом – викладач дає клінічну ситуацію та спостерігає за прийняттям рішення лікарями в процесі її розвитку, додаючи дані досліджень на запит слухачів. Заохочується робота в команді з відпрацюванням практичних навичок та засвоєння алгоритму дій в різних клінічних ситуаціях, приділяється увага діям в ситуаціях, критичних для життя пацієнта та таких, які рідко зустрічаються та мають несприятливий прогноз в разі несвоєчасної та неефективної медичної допомоги.

Розвиток медицини диктує потребу в нових технологіях. а нові технології можуть змінити всю медицину. Серед таких: інтеграція зі штучним інтелектом, інноваційні технології миттєвої передачі даних, 3Ддрук, цифрові близнюки, телемедицина, віртуальна реальність [8]. Всі ці технології мають бути включені в процес післядипломної медичної освіти та БПР.

Список використаних джерел

1. Pro zatverdzhennia Polozhennia pro system bezperervnoho profesiynoho rozvytku fakhivtsiv u sferi okhorony zdorovya (2018). Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF#Text>

2. Shunko, Ie. Ie., Vorobiova, O. V., Laksha, O. T., Konchakovska, T. V., Krasnova, Y. Y., Kostiuk, O. O. (2017). Formuvannia klinichnoho myslennia v pislidyplomniy pidhotovtsi likariv-interniv za spetsialnistiu "Neonatolohiia". *Neonatology, surgery and perinatal medicine, VII(1(23))*, 5–7. doi: 10.24061/2413-4260.VII.1.23.2017.1.

3. Kasyanova, O. (2017). Paradygmalnyy pidkhid do rozvytku teoriiy ta praktyky osvity. *Skhidnoievropeyskyi zhurnal vnutrishnioyi ta simeynoyi medytsyny, (1)*, 89–94. Retrieved from: http://www.internalmed-journal.in.ua/wp-content/uploads/2017/06/%D0%96%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB_1_2017_%D0%A1_89-94.pdf

4. Formalna, neformalna ta informalna osvita: shcho vybraty ta yak poiednaty? *TeachHub*. Retrieved from: <http://teach-hub.com/formalna-neformalna-ta-informalna-osvita-vchitelya/>

5. Han, E.-R., Yeo, S., Kim M.-J., Lee, Y.-H., Park, K.-H. & Roh, H. (2019). Medical education trends for future physicians in the era of advanced technology and artificial intelligence: an integrative review. *BMC Medical*

Education. (460). Retrieved from: <https://bmcmdueduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1891-5>

6. *Advances in medical education technologies*. Retrieved from <https://www.aacom.org/docs/default-source/cosgp-documents/advances-in-medical-education-technology.pdf?sfvrsn=0>

7. Guze, P. A. (2015). Using technology to meet the challenges of medical education. *American clinical and climatological association*, (126), 260–270. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530721/>

8. Hamilton, E. (2020). 7 technological trends shaping the face of medicine and medical education. *The Science Times*. Retrieved from: <https://www.sciencetimes.com/articles/24958/20200304/7-technological-trends-shaping-the-face-of-medicine-and-medical-education.htm>

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПОЗИТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ЕТЕПАХ ЇХ РЕАЛІЗАЦІЇ ТА МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Юрковська Л.

*старший викладач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<http://orcid.org/0000-0002-2695-5433>

Захоплення пошуками нових механізмів ретроспективної (негативної) юридичної відповідальності ніколи не буде мати ефективних наслідків, для розвитку будь-якої галузі, якщо вони не підкріплені та підсилені належними механізмами позитивної (перспективної) соціальної (не тільки юридичної, але й етичної) відповідальності за соціально значущу, принципову активу правомірну поведінку відповідних зацікавлених суб'єктів. Метою даної роботи є наукове обґрунтування правових та етичних аспектів позитивної (перспективної) соціальної відповідальності у сфері забезпечення якості лікарських засобів на етапах їх реалізації і медичного застосування.

Ключові слова: соціальна відповідальність, позитивна відповідальність, забезпечення якості лікарських засобів, якість лікарських засобів, етапи життєвого циклу лікарських засобів.

Постановка проблеми. Однією з основних особливостей вітчизняного законодавства щодо забезпечення якості лікарських засобів (ЛЗ) на етапах їх реалізації та медичного застосування є численність та невпорядкованість чинних нормативно-правових актів (НПА) різної юридичної сили, схвалених у різні роки та різними регуляторними органами. Темпоральні та ієрархічні колізії між даними НПА не тільки ускладнюють процеси гармонізації національного фармацевтичного законодавства із законодавством ЄС, правове впорядкування вітчизняного фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я, але й активізують пошук все нових і нових механізмів ретроспективної (негативної) юридичної відповідальності, яка покликана бути компенсатором вказаних регуляторних проблем, запобігати, протидіяти та карати за ті чи інші правопорушення у окресленому секторі. у той же час, захоплення пошуками нових механізмів ретроспективної (негативної) юридичної відповідальності ніколи не буде мати ефективних наслідків, для розвитку будь-якої галузі, якщо вони не підкріплені та підсилені належними механізмами позитивної (перспективної) соціальної (не тільки юридичної, але й етичної) відповідальності за соціально значущу, принципову активу правомірну поведінку відповідних зацікавлених суб'єктів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням забезпечення якості ЛЗ у різні роки приділяли увагу такі знані вітчизняні вчені, як Н.О. Ветютнева, В.П. Георгієвський, О.І. Гризодуб, Б.П. Громовик, В.А. Загорій, І.А. Зупанець, Є.Г. Книш, С.М. Коваленко, К.Л. Косяченко, А.А. Котвіцька, В.О. Лебединець, М.О. Ляпунов, З.М. Мнушко, А.С. Немченко, В.М. Пашков, Ю.В. Підпружников, М.С. Пономаренко, О.С. Соловійов, В.М. Толочко та інші. Правові та етичні питання становлення, функціонування та розвитку медичних і фармацевтичних правовідносин, юридичної та етичної відповідальності у галузі охорони здоров'я та її фармацевтичному секторі досліджували Н.Б. Болотіна, В.О. Галай, Р.Ю. Гревцова, Д.О. Єрмоленко, В.В. Лазоришинець, Р.А. Майданик, В.М. Пальченкова, С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта, О.В. Солдатенко, С.Г. Убогов, Л.Г. Удовика, В.П. Черних, В.В. Шаповалов, В.О. Шаповалова та інші. Проте дотепер недостатньо дослідженими залишаються правові та етичні аспекти позитивної соціальної відповідальності у сфері забезпечення якості ЛЗ на етапах їх

реалізації і медичного застосування на сучасному етапі розвитку фармацевтичного сектору вітчизняної галузі охорони здоров'я.

Мета. з врахуванням зазначеного, метою даної роботи є наукове обґрунтування правових та етичних аспектів позитивної (перспективної) соціальної відповідальності у сфері забезпечення якості ЛЗ на етапах їх реалізації і медичного застосування.

Основний матеріал. Як відомо, негативна (ретроспективна або охоронна) юридична відповідальність передбачає покарання за правопорушення (юридичну характеристику наслідків невиконання правових приписів) [1, с. 77-79; 2, с. 44]. Основними видами негативної юридичної відповідальності є кримінальна, адміністративна, цивільно-правова та дисциплінарна відповідальність. Справедливим це твердження є і для системи забезпечення якості ЛЗ на етапах їх реалізації та медичного застосування.

Негативний аспект соціальної етичної відповідальності, зокрема і в професійній фармацевтичній та медичній площині, характеризують такі громадські санкції як громадський осуд, розрив соціальних зв'язків, відсторонення від професії тощо. у крайніх випадках може бути застосований навіть повний соціальний ostracism. Окремі з вказаних громадських санкцій втілені у досить розвинутій сьогодні системі джерел етичного забезпечення фармацевтичної та медичної діяльності [3, с. 18].

У той же час, позитивна соціальна відповідальність характеризується заохоченнями та стимулами за виконання корисних для суспільства та держави варіантів поведінки на рівні, що перевищує загальні вимоги (морально свідоме ставлення до виконання обов'язків) [1, с. 79]. Така система стимулів та заохочень спонукає усіх зацікавлених суб'єктів до особистісного та професійного зростання, формуючи привабливий образ майбутніх соціальних матеріальних та нематеріальних благ, які особа гарантовано отримає за результатами своїх зусиль. Отже, зусилля із забезпечення якості ЛЗ на відповідних етапах їх життєвого циклу стають добровільно прийнятими на себе не тільки юридичним, але й внутрішнім етичним зобов'язанням, за невиконання чи неналежне виконання яких зацікавлена особа отримує спочатку муки сумління, а потім тільки побоювання щодо втрати тих чи інших суб'єктивно значущих та привабливих благ.

Впровадження нових заходів негативної відповідальності здатне стимулювати через формування негативної мотивації належну поведінку зацікавлених суб'єктів щодо забезпечення якості ЛЗ тільки

у короткотривалій перспективі, оскільки страх покарання – це той негативний мотиватор, до якого швидко звикають. Окрім того, страх покарання породжує скоріше конформізм та маргінальну поведінку, а також внутрішню готовність до порушення за умов впевненості у недостатності застосовуваних контрольних заходів та у власній безкарності. Очевидним є те, що заходів контролю ніколи не буває достатньо, якщо суб'єкти-виконавці, які підлягають контролю, шукають шляхи до порушень або байдуже припускають можливість їх здійснення за умов безкарності.

Заходи ж позитивної соціальної відповідальності за умови, якщо вони втілюються, у цілком осяжній та гарантованій системі матеріальних та нематеріальних благ, здатній сформувати стійку довготривалу позитивну мотивацію до забезпечення якості ЛЗ на етапах їх реалізації та медичного застосування. На наш погляд, сформувати ефективну систему заходів позитивної соціальної відповідальності у сфері забезпечення якості ЛЗ на етапах їх реалізації і медичного застосування здатні лише солідарно усі зацікавлені у якості ЛЗ суб'єкти, до яких належать провізори та лікарі; пацієнти, споживачі лікарських засобів; професійні громадські організації фахівців галузі охорони здоров'я; громадські об'єднання пацієнтів; роботодавці галузі охорони здоров'я та їх асоціації; органи публічної влади та широкі верстви громадськості. Втілюватись ця система повинна як через правові регулятори відповідних фармацевтичних правовідносин, так і через систему професійних етичних стандартів галузі охорони здоров'я, а також через внутрішні корпоративні джерела лікувально-профілактичних та аптечних закладів, їх асоціацій.

Висновки. Розвиток механізмів позитивної соціальної відповідальності у сфері забезпечення якості ЛЗ на етапах їх реалізації та медичного застосування повинен полягати у солідарних зусиллях усіх зацікавлених суб'єктів у створенні доступної та зрозумілої системи матеріальних та нематеріальних благ, які гарантовано стають доступними за умов виконання корисних для суспільства та держави варіантів поведінки на рівні, що перевищує загальні вимоги, тобто за умов морально свідомого ставлення до виконання обов'язків у сфері забезпечення якості ЛЗ на вказаних етапах їх життєвого циклу. Розвиток вказаних механізмів дозволить знизити ризики вчинення фармацевтичними та медичними працівниками професійних правопорушень та етичних проступків, пов'язаних із забезпеченням якості ЛЗ на етапах їх реалізації і медичного застосування; сприятиме поступовому зростанню рівня правової та етичної

культури фармацевтичних та медичних працівників, а також гуманізації практики реалізації відповідних видів фармацевтичних соціальних етичних та правовідносин. Вказаним питанням будуть присвячені наші подальші дослідження.

Список використаних джерел

1. Берлач, Н.А. (2012). Перспективи розвитку позитивної юридичної відповідальності в демократичному суспільстві. *Форум права*, (1), 77-81.
2. Книш, С.В. (2018). Юридична відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право і безпека*, (4 (71)), 43-49. DOI: <https://doi.org/10.32631/pb.2018.4.05>
3. Убогов, С.Г., Гусева Г. В. (2016). Законодавчі аспекти забезпечення дотримання етичних норм у сфері охорони здоров'я. *Інтегративна Антропологія*, (1 (27)), 17-21.

СЕКЦІЯ: СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ

ПІДГОТОВКА ДИТЯЧИХ ОТОЛАРИНГОЛОГІВ В УКРАЇНІ

Косаковський А.

Синяченко В.

Лайко А.

Гавриленко Ю.

Косаківська І.

Бредун О.

НМАПО імені П.Л. Шупика

Підготовка дитячих отоларингологів в Україні проводиться в інтернатурі за фахом «дитяча отоларингологія» та на циклі спеціалізації з дитячої отоларингології.

Цикл спеціалізації зі спеціальності «дитяча отоларингологія» на кафедрі дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії НМАПО імені П. Л. Шупика для лікарів-оториноларингологів триває 2 місяці, а для лікарів-педіатрів – 5 місяців.

Кафедра дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії НМАПО імені П. Л. Шупика виконує провідну роботу в Україні серед вищих навчальних медичних закладів по підготовці лікарів-інтернів за фахом «Дитячий отоларинголог».

Відповідно до цього співробітниками кафедри було розроблено навчальний план і програму інтернатури з дитячої отоларингології.

Навчальний план та уніфікована програма інтернатури зі спеціальності «Дитяча отоларингологія» розроблені згідно з наказом МОЗ України від 10.12.2010р. №1088 «Про удосконалення післядипломної освіти лікарів», навчальний план та програма півторарічної спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності «Дитяча отоларингологія» переглянуті та доповнені співробітниками кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Навчальний план і програма схвалені Координаційною науково-методичною радою з післядипломної освіти лікарів і провізорів при управлінні освіти і науки Міністерства охорони здоров'я України.

Інтернатура проводиться у формі очно-заочного навчання на кафедрах вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації і закладів післядипломної освіти та стажування в базових установах охорони здоров'я. Підготовка дитячих оториноларингологів в інтернатурі проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі типового навчального плану і програми інтернатури.

Основним завданням інтернатури з дитячої оториноларингології є формування професійних навичок з основних розділів оториноларингології, вивчення клініки та діагностики захворювань ЛОР-органів у дітей та дорослих, методів консервативного та оперативного лікування.

Типовим навчальним планом підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю "Дитяча отоларингологія" протягом 1,5 років (17 місяців - 2652 навчальних годин) інтернатури передбачено: 8 місяців навчання на кафедрі дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії і суміжних кафедрах (1248 год) і 9 місяців роботи на базі стажування (1404 год).

Заняття розпочинаються з 1 серпня на базах стажування. Графіком навчального процесу для лікарів-інтернів дитячих оториноларингологів передбачено:

- серпень (1 місяць) - на базі стажування;
- вересень-лютий (6 місяців або 24 тижні) - навчання на кафедрі;
- березень-червень (4 місяці) - на базі стажування;
- липень (1 місяць) - відпустка;
- серпень-листопад (4 місяці) - на базі стажування;
- грудень-січень (2 місяці або 8 тижнів) - навчання на кафедрі.

ГРАФІК НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Рік навчання	Місяці											
	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII
1 (12міс)	Б	К	К	К	К	К	К	Б	Б	Б	Б	В

Рік навчання	Місяці						
	VIII	IX	X	XI	XII	I	
2 (6 міс)	Б	Б	Б	Б	К	К	

Примітка:

Б – стажування на базі;

К – навчання на кафедрі та суміжних кафедрах;

В – відпустка

Виконання запланованих курсів навчальної програми інтернами на базі стажування досягається шляхом їх практичної лікарської діяльності під керівництвом безпосереднього керівника інтернів у спеціалізованих відділеннях, згідно навчального плану, у якому вказано орієнтовну кількість годин, що виділяються для освоєння окремого розділу програми, та число тижнів роботи лікаря-інтерна у кожному із відділень бази стажування. При відсутності в базовій лікувально-профілактичній установі деяких спеціалізованих відділень, зазначених в навчальному плані, необхідно використати відповідні відділення інших лікувально-профілактичних установ.

За весь період спеціалізації в інтернатурі лікар-інтерн повинен оволодіти певним переліком практичних навичок і оперативних втручань. в даному переліку передбачено три рівні засвоєння матеріалу: 1-й рівень (+) – ознайомлення з даним питанням; 2-й (++) – уміння застосовувати набуті знання і навички при курації хворих, виконувати найбільш типові операції чи їх окремі етапи; 3-й (+++) – уміння самостійно застосовувати набуті знання та навички в обстеженні, діагностиці і лікуванні хворих.

Практична підготовка лікарів-інтернів досягається шляхом систематичної та активної участі молодих лікарів в діагностичній і лікувальній роботі, обходах, клінічних розборах, інших видах практичної діяльності відділення.

Лікар-інтерн повинен здійснювати діагностично-лікувальний процес у прикріплених за ним хворих (5-6 пацієнтів). у вказаних хворих лікар-інтерн виконує увесь обсяг діагностичних досліджень та лікувальних заходів на правах лікуючого лікаря. Він зобов'язаний приймати участь у додаткових дослідженнях, що проводяться цим хворим (рентгенологічних, ендоскопічних, лабораторних тощо) і лікувальних маніпуляціях.

Керівник повинен приділяти особливу увагу підбору хворих, зокрема, з урахуванням ознайомлення інтерна з їх патологією, тематика якої підлягає вивченню в даний період проходження інтернатури, його можливості самостійно виконувати необхідні діагностичні та лікувальні маніпуляції. Однак, інтерну не слід обмежуватися роботою тільки з закріпленими за ним хворими. Він повинен знати всіх пацієнтів у відділенні, бути ознайомленим з динамікою захворювання та лікування важких хворих, з затрудненнями у діагностиці, незалежно від того, хто є їх лікуючим лікарем. Для підвищення активності інтерна у їх

лікуванні необхідно доручати виконання різноманітних маніпуляцій, надавати допомогу в організації додаткових досліджень, стежити за виконанням відповідних призначень.

В адміністративному відношенні лікар-інтерн підпорядковується керівництву базової лікувально-профілактичної установи. На нього повністю поширюються правила внутрішнього трудового розпорядку, права та пільги, що встановлені для медичних працівників даної установи. Під час проходження інтернатури, при здійсненні функції лікаря він володіє правами і несе відповідальність за свої дії на рівні з іншими лікарями.

Відповідно з існуючим положенням про інтернатуру лікар-інтерн повинен самостійно забезпечувати діагностичний та лікувальний процес під керівництвом безпосереднього керівника. Необхідно звернути особливу увагу на зміст, що вкладається в розуміння "самостійно". в точному розумінні лікар-інтерн не може працювати самостійно, оскільки при його обмеженій компетентності неможливо надати усю повноту вирішення складних клінічних, організаційних чи деонтологічних завдань.

Зміст програми охоплює весь обсяг теоретичних знань, умінь і практичних навичок, необхідних лікарю спеціалісту дитячому отоларингологу для самостійної роботи з надання кваліфікованої ЛОР-допомоги хворим і потерпілим.

Співробітниками кафедри створено комп'ютерну програму з дитячої отоларингології державною мовою для проведення контролю знань лікарів-інтернів.

По закінченні інтернатури лікарі-інтерни складають іспит, який включає комп'ютерне тестування, здачу практичних навичок та теоретичний екзамен, після чого їм видається сертифікат спеціаліста.

Зважаючи на особливості практичної підготовки дитячих отоларингологів, з нашої точки зору, доцільно зменшити кількість лікарів-інтернів в групах до 3-4 осіб, що дасть змогу підвищити їх професійну кваліфікацію.

При підготовці дитячих отоларингологів на циклі спеціалізації з фаху вирішується питання про збільшення тривалості циклу для педіатрів до 10 місяців, а для оториноларингологів дорослих – до 5 місяців.

ПОРІВНЯННЯ ОСНОВНИХ АСПЕКТІВ TED TALKS З ТРАДИЦІЙНИМИ АКАДЕМІЧНИМИ ЛЕКЦІЯМИ

Бабкіна Т.

Зав. каф. радіології, професор

Смирнова Г.

доцент кафедри радіології,

Гладка Л.

доцент кафедри радіології,

Національна медична академія

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

МОЗ України

В тезах проведено порівняльний аналіз основних аспектів TED talks та академічних лекцій. Розглянуто позитивні та негативні сторони нового формату лекцій, а також можливість їх впровадження в процес навчання у вищих навчальних закладах.

Ключові слова: TED лекції, академічні лекції, вища школа.

Лекції в стилі TED (TED talks) на сьогодні є популярним форматом, який виріс у феномен руху національних TED-конференцій. в Україні проекти за типом TED talks також створені й успішно розвиваються з 2009 року. Виступ лектора в стилі TED триває від 5 до 20 хвилин. Такий формат презентації багато в чому суперечить традиційним лекцій, тривалість яких варіюється від 60 до 120 хвилин [1].

Популярність виступів на конференціях нового формату обумовлена, з одного боку, високою якістю контенту, а з іншого - доступністю як для фахівця, так і для обивателя, в той час як традиційні академічні лекції спрямовані на підготовленого слухача. Слід зазначити, що лекція в форматі TED читається без будь-якої письмової підтримки та супроводжується слайдами з мінімальною текстовою інформацією. Тоді як академічна лекція, як правило, супроводжується читанням слайдів з великою кількістю тексту, що призводить до відсутності зв'язку з аудиторією і, як наслідок, до її незацікавленості [2].

Ще одна відмінність TED лекції полягає в тому, що вона вирішує в першу чергу просвітницькі завдання та інформує людей про ті чи інші факти, пов'язані з науковими досягненнями. При цьому найчастіше занадто структурована академічна лекція передає виключно фундаментальні принципи базових наук.

Автор TED лекції також відрізняється від автора академічної лекції. з одного боку, творець TED лекції - це той же експерт в якійсь області знань, але з іншого - його діяльність і поведінка задаються цілим рядом вимог до даного формату. Для досягнення необхідного прагматичного ефекту (залучення уваги слухача і формування в його свідомості певного ставлення до проблеми) лектори TED використовують ряд лінгвістичних прийомів, які, як правило, не застосовуються в академічних лекціях [3]. Так, деякі лектори TED для створення невимушеної атмосфери розповіді і залучення слухачів в свою розповідь використовують сленгові вислови, за допомогою яких відображають свій емоційний стан і ставлення до ситуації. Для посилення прагматичного впливу оратор може використовувати метафоричні вирази, що надає промові експресивний характер. Діалогічний характер TED talks та постійний контакт оратора з аудиторією досягаються за допомогою використання питальних речень і імперативних висловлювань, адресованих до публіки, що відрізняє цей формат лекцій від академічних [4].

Ми бачимо, що вже сьогодні активно здійснюється впровадження інформаційних технологій в освітній процес. Це дозволяє істотно підвищити ефективність навчання, активізувати використання наукового і освітнього потенціалу провідних університетів, а також розширити аудиторію слухачів. Використання нових освітніх платформ дає можливість надати матеріал стисло, але в цікавій формі, що може сприяти підвищенню якості навчання і зацікавленості слухача, а також зменшенню його стомлюваності через відсутність завантаженості масивним лекційним матеріалом.

Список використаних джерел

1. Viktorova, E. Yu. (2019). Diskursivno-pragmaticheskaya spetsifika zhanra lektsii TED talk (skvoz prizmu funktsionirovaniya v ney diskursivov) [Pragmatic Aspects of TED Talks as a Specific Speech Genre (Through the Lens of Discourse Markers' Use)]. *Zhanry rechi*, (4), 254-266. <https://doi.org/10.18500/2311-0740-2019-4-24-254-266>

2. Mosienko, L.V. (2018). Lektsii TED kak faktor povysheniya kommunikativnoy motivatsii v izuchenii inostrannogo yazyka [TED lectures as a factor of increasing communicative motivation when learning a foreign language]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*, (5). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28019>

3. Nechaeva, N. (2016). Populyarnaya publichnaya lektsiya zhanra talk: osobennosti yazyka i stilya [Public Talk: language and style]. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena*, (180), 17–22. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/populyarnaya-publichnaya-lektsiya-zhanra-talk-osobennosti-yazyka-i-stilya>

4. Lepervanche, J. (2018). Integration of TED-Ed Lessons and TED and TEDx Talks to Enhance College Classroom Instruction. *4th International Conference on Higher Education Advances (HEAd'18)*, 817–825. URL: <http://ocs.editorial.upv.es/index.php/HEAD/HEAD18/paper/view/8092>

ФОРМУВАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНИХ МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ СТАРШИХ КУРСІВ

Корчинська О.

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології

<https://orcid.org/0000-0001-7265-4829>

Бисага Н.

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології

<https://orcid.org/0000-0001-6226-7294>

ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, м. Ужгород, Україна

Складність сучасного життя, яка полягає у змінах соціально-економічних умов, погіршенні екологічної ситуації та розповсюдженні інфекцій, у тому числі і тих, що передаються статевим шляхом, призводять до зменшення кількості жінок, у яких настання вагітності і пологів перебігають без ускладнень. Актуальність проблеми вимагає її ретельного обговорення із залученням досягнень сучасної гінекології на заняттях зі студентами-медиками.

Ключові слова: мікст-інфекція, репродуктивне здоров'я, біоценоз, студенти-медики.

Вступ. Численні дослідження останніх років показали, що в основі частини вагітностей, що не розвиваються, самовільних викиднів, передчасних пологів містяться вогнища інфекційного процесу у слизовій оболонці і шийці матки, збудниками якого є хламідії, мікоплазми, вірус

простого герпесу, цитомегаловірус та ін. Найбільшу небезпеку становить той факт, що у 80% випадків урогенітальна інфекція перебігає приховано (латентно), а її наявність жінка може навіть не підозрювати [1-3]. Це важливо доносити на заняттях із гінекології студентам-медикам з метою збільшення їх настороженості щодо виявлення і своєчасного лікування урогенітальних мікст-інфекцій.

Мета дослідження. Удосконалення сучасних підходів щодо діагностики та лікування урогенітальної мікст-інфекції як фактору непліддя у жінок молодого репродуктивного віку серед студентів-медиків старших курсів на заняттях із клінічних дисциплін, як акушерство, гінекологія, урологія, дерматовенерологія. Потрібно сформуванати сучасний підхід у студентів-медиків до проблеми урогенітальної мікст-інфекції, адже вона має мультидисциплінарне походження.

Матеріали та методи дослідження. Проведено клініко-статистичний аналіз обґрунтування сучасних підходів щодо діагностики урогенітальної мікст-інфекції у 75 жінок молодого репродуктивного віку. у діагностиці причин мікст-інфекції враховували не лише факт наявності патогенної мікрофлори, а й: клініко-анамнестичні дані; показники вагінальних виділень; цитологічну частину опису мікроскопії вагінальних виділень; співвідношення складових вагінального біоценозу (нормальної і умовно-патогенної флори) за даними молекулярних методів.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед захворювань, що призводять до настання інфікування плода і новонародженого, на найбільшу увагу заслуговують урогенітальні інфекції, які клінічно проявляються у вигляді кольпіту, цервіциту, хронічного сальпінгоофориту, циститу, безсимптомної бактеріурії, хронічного і гестаційного пієлонефриту, а також екстрагенітальних вогнищ інфекцій, які у свою чергу спричиняють тяжкі перинатальні ускладнення та наслідки, якщо вчасно їх не виявити і не лікувати. Тому ця проблема має велике значення, оскільки інфікування може бути не тільки під час вагітності, а й до вагітності при значному зниженні імунітету [4; 5].

Залежно від локалізації інфекційного процесу розрізняють 3 рівні ураження статевих органів: нижній рівень, верхній рівень та змішаний – поєднання нижнього та верхнього рівнів ураження статевих органів. До нижнього рівня ураження статевих органів відноситься: вульвіт, вульвовагініт, вагініт, ендocerвіцит; до верхнього – сальпінгоофорит, ендометрит, метроендометрит, пельвіоперитоніт; до змішаного – рівень ураження верхніх та нижніх статевих шляхів.

Імунна система жінок із хронічною уrogenітальною інфекцією у стані поза вагітністю, відповідає наявності інфекційного процесу змінами на системному рівні. Такі зміни є ознаками інфекційного процесу, їх слід вважати природними і неможливо розглядати як чинники інфекції, а лише як її наслідки й ознаки специфічного або неспецифічного запалення. Найбільш високий ризик розвитку ЗЗОМТ (запальні захворювання органів малого тазу) відзначено серед жінок більш молодого репродуктивного віку – до 25 років, із незахищеними статевими стосунками та з численними статевими партнерами.

Дослідження останніх років свідчать про зростання частоти ЗЗОМТ, спричинених інфекціями, що передаються статевим шляхом. Щорічно виявляють 500 млн. нових випадків сифілісу, гонореї, хламідіозу, трихомоніазу серед чоловіків та жінок репродуктивного віку [6]. Мікробним агентам чи, скоріше, їхнім різноманітним асоціаціям належить провідна роль у виникненні ЗЗОМТ із моменту початку статевого життя. Серед етіологічних факторів запального процесу органів репродуктивної системи все частіше виділяють мультирезистентні чинники, або їхні L-форми (найпростіші, бактерії, гриби, віруси) зі зміненими біологічними властивостями у численних мікробних асоціаціях, частково за рахунок несистемного та необґрунтованого призначення антибіотиків, гормональних препаратів, цитокінів тощо [7].

Слід зазначити, що ризики загострення запальних захворювань статевої та сечовивідної систем зростають з 25-го до 6-го дня менструального циклу. Даний період перед менструацією та протягом менструації слід розглядати як критичний та сприятливий для поширення інфекції у верхні відділи статевих органів, сечівник, сечовий міхур, нирки. Менструальні виділення, що накопичуються у піхві, зумовлюють створення пасивного середовища для активації умовно-патогенної флори та реалізації агресивних властивостей збудників. Дефекти ендометрію та рефлюкс менструальної крові спричиняють поширення аеробних та анаеробних бактерій у верхні відділи статевого тракту та сечової системи [8].

Мікроекосистема статевих і сечовивідних шляхів у значній мірі залежить від морфофункціональних і анатомічних особливостей жіночого організму. Система самоочищення піхви функціонує протягом тривалого часу - від підліткового віку до періоду постменопаузи. Епітелій піхви і шийки матки в різні фізіологічні періоди жінки знаходиться під впливом статевих гормонів і якісно змінюється відповідно до їх концентрації

в сироватці крові. Естроген сприяє активному росту і дозріванню багат шарового плоского епітелію, збагаченого глікогеном. Під впливом естрогенів слизова пробка каналу шийки матки насичується бактерицидними ферментами і здатна виконувати функцію бар'єру, своєрідного фільтра, що перешкоджає поширенню патогенних збудників (специфічної або неспецифічної інфекції) у верхні відділи урогенітального тракту і генералізації запального процесу. Аналогічно доестрогенів проліферативний вплив на епітелій піхви мають андрогени.

Прогестерон уповільнює дозрівання багат шарового плоского епітелію. у разі збільшення концентрації даного гормону в крові клітини дозрівають тільки до проміжного шару. Під впливом прогестерону відбувається цитоліз і десквамація багат шарового плоского епітелію з вивільненням у просвіт піхви глікогену. з глікогену під впливом клітинних ферментів утворюються мальтоза і глюкоза, представляючи собою живильне середовище для молочнокислих бактерій (лактобацил).

Лактобактерії є поліморфними грампозитивними паличками з властивою їм високою антагоністичною здатністю, що дозволяє попереджати активне розмноження умовно-патогенної флори. Безпосередньо кисле середовище піхви, а також продукти, що утворюються внаслідок життєдіяльності лактобацил (перекис водню, лізоцим і інші гліколітичні ферменти), перешкоджають розвитку патогенних мікроорганізмів. Лактобактерії стимулюють фагоцитарну активність нейтрофілів і макрофагів, продукцію інтерферонів і секреторних імуноглобулінів, підтримуючи активність компонентів локального імунного захисту [9].

Запальні захворювання статевих органів, частота яких залишається значною в гінекологічній патології, тісно пов'язані з дисбіотичними порушеннями у вагінальному біотопі, що сприяє висхідній транслокації інфекційних мікроорганізмів в органи як верхніх відділів статевої системи, так і сечовидільної системи. Значне зростання кількості таких захворювань обумовлено, насамперед, зміною умов існування жінки. Найбільш значними при цьому є підвищення ролі жінки в соціально-економічному житті сучасного суспільства, в свою чергу це сприяє зростанню ризику виникнення стресових перевантажень, як на роботі, так і в побуті, що негативно впливає на стан психічного і соматичного здоров'я жінки. Мають значення також зріст міграції населення, урбанізація, зміна статевої поведінки молоді і т.д.

Висновки: До складу мікробіому статевих органів жінок фертильного віку з хронічними запальними захворюваннями статевих органів входять мікроорганізми, що у великій кількості при певних умовах можуть бути причиною значних порушень репродуктивного здоров'я. Діагностичні дослідження щодо кількісного та якісного складу мікробіому статевих органів у жінок фертильного віку та своєчасне виявлення патогенів, що викликають запальні процеси статевих органів будуть сприяти вибору раціональної фармакотерапії.

Усе вище викладене дозволяє стверджувати, що хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів ведуть до важких змін у репродуктивній системі жінки – безплідності, порушення менструальної функції, полікістозу яєчників, фіброміоми матки, гіперпластичних процесів ендометрію, утворенню злук у ділянці органів малого тазу [1, 2, 6, 7].

Список використаних джерел

1. Радзинский, В. Е., Ордянец, И. М., Побединская, О. С., Буянова, Н. В. (2013). Современные аспекты коррекции дисбиотических нарушений в гинекологической практике. *Акушерство и гинекология*, (2), 72–76.
2. Кисина, В. И. (2011). Вагинальные инфекции: клиническое значение и лечение. *Дерматовенерология и дерматокосметология*, (1), 28–33.
3. Блинов, Д. В. (2011). Вагинальные инфекции – от диагностики к рациональной комплексной терапии. *Акушерство, гинекология и репродукция*, (5(4)), 44–47.
4. Лапач, С. Н., Чубенко, А. В., Бабич, П. Н. (2010). *Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel*. Киев : Морион.
5. Johannisson, A., Festin, R. (2013). Phenotype transition of CD4+ T cells from CD45RO is accompanied by cell activation and proliferation. *Cytometry*, (19), 343–352.
6. Global prevalence incidence of selected curable sexually transmitted infections.(2012). WHO report, Geneva.
7. Pennehouat, G, Joly-Guilou, Ml., Mohseni, H, Taarji HB, Madelenat, P. (2009). Treatment of genital infections in gynecology. *Gynecol Obstet Fertil*, 30(9): 744–749.
8. Ромащенко, О. В., Руденко, А. В., Білоголовська, В. В., Хіміч, В. І., Антошина, Т. М. (2009). Діагностика запальних захворювань сечовивідних

шляхів та геніталій у жінок. *Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України*. Київ : Інтермед, 271–273.

9. Stamm WE et al. (2012). Management of urinary tract infections in adults. *N Engl J Med*, 329 (18), 1328–1334.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ У ЖІНОК З ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ D

Лоя Н.

канд. мед. наук, асистент кафедри акушерства та гінекології медичного факультету

<https://orcid.org/0000-0002-1698-8661>

Корчинська О.

д-р мед. наук, професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету

<https://orcid.org/0000-0001-7265-4829>

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

За даними ВООЗ, дефіцит вітаміну D був визнаний пандемією з багатьма негативними наслідками для здоров'я в багатьох країнах світу [2]. Проблема гіповітамінозу D актуальна і для України. Нормальний рівень вітаміну D у плазмі крові зареєстровано тільки у 4,6%, а дефіцит – у 81,8% мешканців України [1]. Однак, критерії дефіциту вітаміну D є предметом дискусії. Дефіцит вітаміну D визнається як проблема суспільної охорони здоров'я в багатьох країнах світу, особливу увагу при цьому приділяється вагітним жінкам. За останнє десятиліття проведені дослідження, що зв'язують дефіцит вітаміну D під час вагітності з широким спектром акушерських та перинатальних ускладнень, а саме: прееклампсія, гестаційний діабет, бактеріальний вагіноз, синдром затримки росту плода, низьку масу тіла при народженні, порушення формування скелету плода і зниження кісткової маси. Дефіцит вітаміну D, на думку експертів Міжнародного ендокринологічного товариства, визначається як рівень 25(OH)D в сироватці крові менше 20 нг/мл, показники між 20-30 нг/мл повинні розцінюватися як недостатність, оптимальні значення - понад 30 нг/мл [3; 4; 5]. Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України

від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», у додатках № 20 «Рекомендації щодо поведінки під час вагітності» та № 9 «Протокол лікування та профілактики рахіту у дітей», у період вагітності та годування грудьми рекомендована потреба вітаміну D становить 10 мкг/ добу.

Ключові слова: вітамін D, вагітність, пологи, ускладнення

Проведено обстеження 100 вагітних жінок репродуктивного віку, з яких сформовано дві групи: основна група – 50 вагітних жінок із дефіцитом вітаміну D і контрольна група – 50 соматично здорових вагітних із нормальним рівнем 25(OH)D. Для виконання поставлених завдань проведено забір периферичної крові для визначення рівня 25(OH)D в сироватці тричі: в 10-12, 20-22 і 30-32 тижнів гестації.

Обстежені вагітні були віком від 20 до 35 років. При дослідженні анамнезу встановлено, що аномальні маткові кровотечі (АМК) були зафіксовані у 8 (16,0%) жінок основної групи та у 1(2,0%) жінки контрольної групи; $p < 0,05$. Непліддя було у 4(16,0%) жінок основної групи та у 2 (4,0%) жінок контрольної групи; $p < 0,05$.

В результаті нашого дослідження встановлено, що найбільш поширеними ускладненнями дефіциту вітаміну D були: загроза переривання вагітності, що спостерігалася у 24 (48,0%) жінок основної групи та у 3 (6,0%) жінок контрольної групи, $p < 0,05$. Загроза передчасних пологів у основній групі спостерігалась у 17 (34,0%) жінок основної групи та 5 (10,0%) жінок контрольної групи, $p < 0,05$. Преєклампсія легкого ступеня важкості була діагностовано у 16 (32,0%) жінок основної групи та у 2 (4,0%) жінок контрольної групи, $p < 0,05$; Преєклампсія середнього ступеня важкості була діагностовано у 7 (14,0%) жінок основної групи та в жодної із жінок контрольної групи, преєклампсія важкого ступеня була відсутня у двох групах. На підставі проведеного глюкозо-толерантного тесту у жінок основної групи, діагноз гестаційний діабет (ГД) був встановлений у 14 (28,0%) вагітних у II триместрі, а у 5 (10,0%) – у III триместрі. При даному дослідженні встановлено, що ГД супроводжувався ожирінням і ступеня у 4(8,0%) жінок основної групи. Бактеріальний вагіноз (БВ) у терміні 10-12 тижнів був діагностований у 21 вагітної – у 13 (26,0%) жінок основної групи і у 1 (2,0%) – контрольної групи, $p < 0,05$. у терміні 20-22 тижнів у 24 вагітних – у 18 (26,0%) жінки основної групи і у 6 (12,0%) – контрольної групи, $p < 0,05$. у терміні 30-32 тижнів був діагностований у 30 вагітних – у 22 (44,0%) жінок основної групи і у 8 (16,0%) – контрольної групи, $p < 0,05$.

Асиметричну форму ЗВУР плода і ступеня було виявлено у 3 (6,0%), 2-го ступеня - у 2 (4,0%) вагітних основної групи та жодного випадку у жінок контрольної групи.

Вагітність передчасними пологамі закінчилися у 4 (8,0%) жінок основної групи. Самостійно народили 27 (54,0%) жінок основної групи, а в контрольній групі - 45 (90,0%) жінок. Слабкість пологової діяльності відмічено у 8 (16,0%) жінок основної групи та у 2 (4,0%) жінок контрольної групи, $p < 0,05$; дистрес плода в пологах - у 7 (14,0%) жінок основної групи та у 1 (2,0%) жінок контрольної групи, $p < 0,05$.

Висновки. Проаналізувавши дані нашого дослідження, можна прийти до висновку: що дефіцит вітаміну D при вагітності призводить до виражених акушерських та перинатальних ускладнень. Щоб попередити можливі ускладнення рекомендовано проводити скринінгове визначення концентрації вітаміну D у сироватці крові під час вагітності.

Список використаних джерел

1. Мальцева, Л. І., Васильєва, Е. Н., Денисова, Т. Г. (2016). Вітамін D і преєклампсія. *Російський вісник акушера-гінеколога*, (1), 79–83.
2. Поворознюк, В. В., Балацька, Н. І. (2013) Дефіцит вітаміну D у населення України та чинники його розвитку. *Репродуктивна ендокринологія*, (5 (13)), 7–13.
3. Baker, A.M., Haeri, S., Camargo, C. A., Espinola, J. A., Stuebe, A. M. (2010). A nested case-control study of midgestation vitamin D deficiency and risk of severe preeclampsia. *J Clin Endocrinol Metab*, (95 (11)), 5105–5109.
4. Liu, N.Q., Kaplan, A.T., Lagishetty, V. et al. (2011). Vitamin D and the regulation of placental inflammation. *J. Immunol.*, (186(10)), 5968–5974.
5. Mahshid Taheri Azam Baheiraei, Abbas Ragimi Foroushani et al. (2015). Treatment of vitamin D deficiency is an effective method in the elimination of asymptomatic bacterial vaginosis: A placebo-controlled randomized clinical trial, *Indian J Med Res*, (141), 799–806.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Дудник В.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри педіатрії №2
<https://orcid.org/0000-0003-2164-8204>*

Пасік В.

*аспірант кафедри педіатрії №2,
<https://orcid.org/0000-0003-4325-0715>*

**Вінницький національний медичний
університет імені М.І.Пирогова, Україна**

Захворювання респіраторного тракту актуальні в педіатричній практиці, що пов'язано з широкою розповсюдженістю та частими ускладненнями, особливо у дітей раннього віку. Для характеристики інформативності клініко-лабораторних симптомів використовували об'єктивні параметри. При деталізації анамнезу, частіше захворювання було пов'язане з несвоєчасним зверненням та амбулаторним лікуванням. Аналіз показників абсолютного та відносного ризику, а також чутливості та специфічності особливостей локалізації пневмонії залежно від віку були отримані різні дані.

Ключові слова: пневмонія, ускладнення, симптоми, клінічні симптоми, респіраторний тракт.

Пневмонія належить до гострих інфекційно-запальних захворювань легень із залученням у патогенез усіх структурних елементів легеневої тканини з обов'язковим ураженням альвеол та розвитком в них запальної ексудації [1]. Позалікарняна пневмонія залишається актуальною проблемою для педіатричної практики, оскільки в останні роки відмічається зростання захворюваності серед дітей та реєструється відносно висока смертність від цієї патології [2]. За даними [3], близько 15% усієї дитячої смертності припадає на смертність від пневмонії, при цьому 1/3 дітей вмирають від пневмонії у віці до 5 років.

Підвищення чисельності захворювання позалікарняною пневмонією серед дітей зумовлене, насамперед, тим, що організм дитини більш чутливий до екзогенного впливу вірусів, бактерій, ксенобіотиків та інших факторів зовнішнього середовища [4]. Несвоєчасна етіологічна експрес-діагностика позалікарняної пневмонії у дітей, призводить до того, що вибір антибіотиків і початкова етіотропна терапія має емпіричний

характер. Тому, діагностика, лікування та профілактика позалікарняної пневмонії у дітей відноситься до актуальних питань педіатрії.

Відомо, що під час запальних захворювань дихальних шляхів виникає стан ендогенної інтоксикації, при якому накопичуються проміжні і кінцеві продукти обміну, які можуть проявляти деструктивний вплив на важливі системи організму [5].

Все вищевказане диктує необхідність вивчення клінічного перебігу позалікарняної пневмонії у дітей, що дозволить проаналізувати патогенез хвороби та раціонально підійти до вибору тактики лікування. Складний і багатоступеневий патогенетичний механізм позалікарняної пневмонії обумовлює різноманітність клінічної картини у дітей, що дає можливість виділити різні класифікаційні групи захворювання.

Мета роботи – дослідити особливості змін клінічних та лабораторних показників та прослідкувати їхній взаємозв'язок із клінічним перебігом позалікарняної пневмонії у дітей раннього віку.

Під час проведення дослідження було обстежено 338 дітей (167 дівчат (49,4%) та 171 хлопчиків (50,6%)) віком від 1 до 36 місяців, у яких діагностували позалікарняну пневмонію. Ці діти знаходились на стаціонарному лікуванні від 3 до 27 днів та склали основну групу нашого дослідження. До контрольної групи увійшли 40 практично здорових дітей (19 дівчат (47,5%) та 21 хлопчик (52,5%)).

Обстеження дітей включало: аналіз скарг, анамнез захворювання, фізикальний та інструментальний огляд, рентгенографію, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини. Клінічний та біохімічний аналізи крові проводили з використанням загальноприйнятих методик. Клінічний діагноз було підтверджено результатами лабораторно-інструментальних досліджень.

Для проведення статистичної обробки результатів дослідження використовували табличний редактор Microsoft Excel і пакет програм по статистичній обробці даних Statistica for Windows. Для оцінки відмінностей середніх значень між основною та контрольною групами пацієнтів використовували параметричні (критерій Ст'юдента (t-критерій)) та непараметричні (критерій χ^2 Пірсона) методи оцінки даних.

Результати досліджень клінічної симптоматики у дітей з позалікарняною пневмонією показали, що у 98,2 \pm 0,78% дітей мало місце підвищення температури тіла, у 93,5 \pm 1,34% пацієнтів спостерігався сухий кашель, а в 40,5 \pm 2,67% дітей виявлена нежить. Слід зауважити, що

у всіх обстежених дітей захворювання розпочиналося з появи лихоманки та кашлю. у 54,1% обстежених лихоманка мала фебрильний характер.

Аналізуючи стан дихальної системи, у 31,4% пацієнтів зафіксована задишка інспіраторного характеру, 9,8% – мали тахіпное, а у 91,4% – спостерігалось жорстке дихання. Під час аускультатії було виявлено вологі дрібнопухирчасті хрипи (78,4% обстежених). Дихальна недостатність (ДН) різного ступеню вираженості була зафіксована у 87,3% обстежених хворих, серед яких переважала ДН I ступеня (79,3%). За допомогою рентгенографії органів грудної клітини встановлено посилення легеневого малюнку (324 хворих), гомогенне затемнення мали 179 хворих, вогнищеві тіні були виявлені у 154 дітей.

Досліджуючи загальноклінічний аналіз кров, виявлений лейкоцитоз – $14,2 \pm 2,6 \times 10^9$ клітин/л, що було вірогідно ($p < 0,05$) вище за показник здорових однолітків ($4,5 \pm 1,1 \times 10^9$ клітин/л). Зафіксовано збільшення паличкоядерних нейтрофілів (вище 5%).

Визначення біомаркерів системної запальної відповіді у дітей з позалікарняною пневмонією показало патологічний рівень С-реактивного протеїну вище за 5 мг/л. Так, документовано збільшення рівня середньої концентрації С-реактивного протеїну до $34,4 \pm 0,7$ мг/л. Іншим неспецифічним лабораторним показником крові, що слугує непрямою ознакою запального процесу є швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ). у дітей хворих на пневмонію медіана ШОЕ дорівнювала $29,0 \pm 0,15$ мм/год, що вірогідно вище за показник здорових однолітків ($7,1 \pm 2,61$ мм/год). Підвищена ШОЕ, імовірно, залежить від протеїнового зрушення в крові. Так, протеїни гострої фази запалення, зокрема С-реактивний протеїн, можуть адсорбуватися на поверхні еритроцитів і, тим самим, знижувати їх заряд, сприяючи утворенню "монетних стовпчиків" і прискореному осіданню еритроцитів [6].

Окрім того, в біохімічному аналізі крові виявлено підвищення рівня сіалових кислот, вмісту γ -глобулінів, а також ферментативних активностей АсАт ($25,2 \pm 1,3$ Од/л) та АлАт ($43,9 \pm 2,0$ Од/л) порівняно з показниками здорових дітей-однолітків. з цих результатів випливає, що при позалікарняній пневмонії можуть бути ускладнення зі сторони інших органів та систем. Так, при пальпації органів травної системи, у 78 дітей (23,1%) було встановлено збільшення печінки, а у 120 обстежених дітей (30,9%) мали місце патологічні зміни зі сторони гепатобіліарної системи, про що свідчать не лише підвищення рівня печінкових ферментів у крові, але й результати ультразвукового дослідження органів ШКТ.

Окрім того, у структурі супутніх патологій дітей з позалікарняною пневмонією були: залізодефіцитна анемія – у 67 дітей (19,8%), білково-енергетична недостатність помірного та слабого ступеню вираженості – у 10 дітей (3,0%), рахіт активний – у 29 дітей (8,6%), дефект міжшлуночкової перегородки – у 23 дітей (6,8%).

Таким чином, провідними клінічними симптомами перебігу позалікарняної пневмонії у дітей раннього віку були підвищення температури тіла та сухий кашель. у значної частини дітей зафіксована дихальна недостатність і ступеня. За результатами рентгенографії виявлено посилення легеневого малюнку, гомогенне затемнення та вогнищеві тіні у легенях.

Перебіг негоспітальної пневмонії у дітей супроводжується ускладненнями зі сторони інших органів та систем, зокрема гепатобіліарної системи, про що свідчать результати біохімічного аналізу – ферментативні активності АсАт та АлАт та ультразвукової діагностики.

Список використаних джерел

1. Lanks, C. W., Musani, A. I., & Hsia, D. W. (2019). Community-acquired pneumonia and hospital-acquired pneumonia. *Medical Clinics of North America*, 103 (3), 487–501. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.12.008>
2. Roux, D. M., & Zar, H. J. (2017). Community-acquired pneumonia in children – a changing spectrum of disease. *Pediatric Radiology*, 47 (11), 1392-1398. <https://doi.org/10.1007/s00247-017-3827-8>
3. McAllister, D. A., Liu, L., Shi, T., Chu, Y., Reed, C., Burrows, J., Adeyoye, D., Rudan, I., Black, R. E., Campbell, H., & Nair, H. (2019). Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: a systematic analysis. *The Lancet Glob Health*, 7 (1), 47–57. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30408-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30408-X)
4. Dean, P., & Florin, T. A. (2018). Factors associated with pneumonia severity in children: a systematic review. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 7 (4), 323–334. <https://doi.org/10.1093/jpids/piy046>
5. Geltser, B. I., Dej, A. A., Titorenko, I. N., & Kotelnikov, V. N. (2020). Comparative analysis of the strength of the respiratory muscles in community-acquired pneumonia with different severity of endogenous intoxication. *Ter Arkh*, 92 (3), 19–24. <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.03.000372>
6. Bray, C., Bell, L. N., Liang, H., Haykal, R., Kaiksow, F., Mazza, J. J., & Yale, S. H. (2016). Erythrocyte sedimentation rate and c-reactive protein measurements and their relevance in clinical medicine. *World Medical Journal*, 115 (6), 317–21.

STRATEGY AND PRINCIPLES OF CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF MEDICAL SPECIALISTS

Shuper V.

PhD, Associate professor

**Bucovinian State Medical university,
Chernivtsi, Ukraine**

<https://orcid.org/0000-0001-9881-1757>

Shuper S.

PhD, Associate professor

**YuriyFedkovych Chernivtsi National
University, Chernivtsi, Ukraine**

<https://orcid.org/0000-0002-4883-9273>

Reva T.

PhD, Associate professor

**Bucovinian State Medical university,
Chernivtsi, Ukraine**

<https://orcid.org/0000-0003-0035-1655>

Trefanenko I.

PhD, Associate professor

**Bucovinian State Medical university,
Chernivtsi, Ukraine**

<https://orcid.org/0000-0002-7751-9412>

Shumko H.

PhD, Associate professor

**Bucovinian State Medical university
Chernivtsi, Ukraine**

<https://orcid.org/0000-0002-2087-9396>

In this paper, we have described the importance of the continuing professional development of medical specialists throughout their professional lives. We also informed about the main motivational moments of continuing professional development and typical models of this process. The paper presents the obligate goals and conditions of efficiency and success of life-long studying of doctors based on the experience of developed countries.

Key words: Continuing Professional Development, Continuing Medical Education, CPD models, learning activities.

All over the world, after graduating from medical universities, all medical specialists need to undertake some training activities lifelong to maintain, update or develop their knowledge, skills and attitudes towards their professional practice, because medicine is a very rapidly evolving subject. Ukrainian specialists have got different possibilities to realize the need of continuing professional development inside of the country and also everywhere of the world by using of on-line Internet studying activities.

According to the general definition, Continuing Professional Development (CPD) is the systematic maintenance, improvement and continuous acquisition and/or reinforcement of the lifelong knowledge, skills and competences of health professionals. It is pivotal to meeting patient, health service delivery and individual professional learning needs. The term acknowledges not only the wide-ranging competences needed to practice high quality care delivery but also the multi-disciplinary context of patient care [1].

Continuing medical education (CME) is defined as any activity that serves to maintain, develop or increase the knowledge, skills and professional performance and relationships that a physician uses to provide services for patients, the public or the profession. The term CME has been largely replaced by CPD. While CME describes activities relating to medical knowledge and skills, CPD is a broader concept and has a wider context. CPD extends throughout the continuum of medical education and refers to continuing development of a large number of medical and nonmedical competencies including professionalism, and interpersonal, managerial, communication and social skills. Acquisition of all these competencies is essential to be a good professional. In other words, CPD includes all formal and informal activities that doctors undertake to maintain, update, develop or improve their knowledge, skills and attitudes towards their practice [2].

The motivation to engage in CPD is derived mainly from three sources:

1. The professional drive to provide optimal care to patients;
2. The obligation to honor the demands from employers and society;
3. The need to preserve job satisfaction and prevent burnout.

It is possible to identify several models of CPD for health professions, both mandatory, voluntary and no formal CPD:

1. CPD is mandatory for all professionals practicing in a country on the grounds of pre-defined requirements set by a competent authority and sometimes linked to a periodic review of professional registration or license (renewal, re-registration, re-licensing). For the purposes of this study, the definition of mandatory CPD does not encompass cases where the CPD requirement is established by another body, for instance a professional association (when membership in the professional association is not mandatory for all professionals) or an employer. This is the most common situation for most health professions in most countries surveyed.

2. A voluntary CPD framework is in place, not necessarily linked to pre-defined requirements set by a competent authority and in particular not related to a periodic review of professional registration or license (renewal, re-registration, re-licensing). For the purposes of this study, the definition of voluntary CPD includes cases where CPD is de-facto mandatory for a part of the profession (members of a professional association, professionals working within the statutory health system or other employer-related requirements) regardless of whether there are professional guidelines in place for the profession in question. A voluntary CPD framework may in addition co-exist with a mandatory CPD system.

3. No formal CPD structures exist and participation in CPD activities is left up to the individual professional. This is the least common situation recorded [3].

Learning activities must be appropriate to the identified needs. Learning modalities and methods can vary depending on the learner requirements and availability. These modalities must take into account differing learning needs and priorities of individual learners. Didactic learning sessions may help in integrating theory with practice, but more collaborative learning should be encouraged. Self-directed learning, individual reading and self-assessment of knowledge are usually practiced.

Effective CPD is characterized by the presence of three factors: needs assessment, a clear reason why a particular CPD needs to be undertaken; appropriate learning activities: Learning that is tailor-made to identified needs; follow-up on learning: some follow-up after the CPD, which provides reinforcement and dissemination of learning [4].

CPD aims at enhancing competencies in the area of clinical skills and medical knowledge to deliver the best possible patient care. This includes broadening and deepening existing factual knowledge, procedural skills and intuitive knowledge. Medical practice has high levels of uncertainty

and unpredictability, and doctors often have to make judgements in complex situations. Hence, they need to be aware of and responsive to societal trends that impact patient care. They must keep abreast of the latest developments in research, have the ability to critically appraise new

Also, doctors must aim to acquire organizational skills such as administrative and managerial skills, team building abilities, leadership qualities, and communication and interpersonal skills, which will hold them in good stead in their daily activities. Knowledge and awareness of concepts of professional behavior, judgement and ethics are crucial for providing best practice in medicine.

CPD models vary from place to place. The three common models of CPD are:

1. *Update models* where the aim is simply to communicate or disseminate information.

2. *Competence models*, which aim to ensure that minimum standards for knowledge, skills and attitudes are attained.

3. *Performance models*, which aim to help doctors overcome barriers to successful changes in practice and help them resolve clinical concerns [3].

The important principles for CPD, which were recommended by the Academy of Medical Royal Colleges in the UK, suggest that CPD activities should be reflective of professional practice and performance. These should include development outside narrower specialty interests and use a balance of learning methods. These also allow credits for untimed activities such as writing, reading and e-learning if sufficiently justified by the participant. Participants are required to collect evidence of learning. Self-accreditation of relevant activities and documented reflective learning is allowed and encouraged [5].

Thus, the improvement of the modern international models and trends in continuing professional development for health professionals in Ukraine has been, and continues to be, an area of interest for the global community of health professionals and education theorists.

CPD involves not only educational activities to enhance medical competence in medical knowledge and skills (CME), but also in management, team building, professionalism, interpersonal communication, technology, teaching, and accountability. CPD is an ethical obligation for all health professionals to ensure their professional practice is up-to-date and can contribute to improve patient outcomes and quality of care.

References

1. ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education). (2008). *ACCME annual report data*. http://www.accme.org/dir_docs/doc_upload/207fa8e2bdb6-47f8-9b65-52477f9faade_uploaddocument.pdf (accessed on 8 Oct 2020).
2. Continuing Professional Development of Medical Doctors WFME Standards 2015. <https://wfme.org/standards/cpd/> (accessed on 8 Oct 2020).
3. Anshu, Dr& Singh, Tejinder. (2017). Continuing professional development of doctors. *National Medical Journal of India*, (30), 89–92.
4. The good CPD guide: A practical guide to managed continuing professional development in medicine Radcliffe Publishing (2012). *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 19(9), 9. <https://doi.org/10.7748/en.19.9.9.s1> (accessed on 8 Oct 2020).
5. Continuing professional development. Guidelines for recommended headings under which to describe a college or faculty CPD scheme. *Academy of Medical Royal Colleges*. (2010) https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/04/CPD_Guidelines_describe_College_faculty_scheme_1209.pdf (accessed on 8 Oct 2020).

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ ЯК ЗАСОБУ УДОСКОНАЛЕННЯ ОСНОВНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ В БЕЗПЕРЕРВНІЙ ОСВІТІ ФАХІВЦІВ з КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ

В'юницька Л.

*Кандидат біологічних наук, доцент
НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна*

Стаття присвячена проблемі формування компетентності фахівців з клінічної біохімії. Приведене теоретичне обґрунтування доцільності розв'язання ситуаційних задач різного рівня складності для удосконалення основних компетенцій в системі безперервної освіти. Встановлено, що ситуаційні задачі, що містять дані клінічних і фундаментальних дисциплін, дозволяють використовувати засвоєний матеріал за клініко-діагностичною значимістю біохімічних досліджень і визначати біохімічні механізми патологічних процесів.

Ключові слова: клінічна біохімія, післядипломна освіта, формування компетентності, компетентнісний підхід, ситуаційні задачі

Масштабність функцій і завдань післядипломної освіти обґрунтовує необхідність визначення концептуальних трендів безперервного професійного вдосконалення основних компетенцій фахівців, постійного оновлення напрямів, змісту і форм навчання відповідно до потреб економічного та соціального розвитку суспільства. Сучасна концепція післядипломної освіти визначає цілі та завдання розвитку професіоналізму кадрового потенціалу, вдосконалення функціонування загальнонаціональної системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців для професійної діяльності [1]. Для України, що прагне інтеграції до європейської спільноти, визначення стратегічних напрямів подальшого розвитку післядипломної підготовки фахівців з клінічної біохімії видається необхідним та своєчасним, враховуючи, що належного наукового супроводу дана проблематика досі не отримала.

Процес формування нової дидактичної моделі безперервної освіти заснований на реалізації діяльнісного і компетентнісного підходів. Сучасна система післядипломної медичної освіти вимагає формування нових учбових програм, змін педагогічних методик, збільшення долі самостійної роботи, впровадження сучасних інформаційних технологій, зміни методів контролю і оцінки знань [2]. Для освоєння компетенцій застосовуються активні методи навчання: дискусійні лекції, рішення ситуаційних задач, інтеграція матеріалу, що вивчається, оволодіння сучасними біохімічними методами аналізу і проведення науково-дослідного експерименту за їх допомогою тощо.

Біологічна хімія вивчає будову, структуру, функції біологічно важливих речовин та їх перетворення на молекулярному, клітинному, тканинному, організмовому рівнях. Разом із засвоєнням теоретичних положень, вивчення курсу біохімії забезпечує оволодіння навичками аналітичної роботи при визначенні біохімічних показників, використовуваних у лабораторній діагностиці [3].

Незважаючи, що біохімія є фундаментальною дисципліною в медичній освіті, вона важко засвоюється, що, на наш погляд, є наслідком недостатньої базової підготовки та низької пізнавальної мотивації фахівців, що не сприяє якісному засвоєнню біохімічного курсу, реалізації компетенцій і вдосконаленню професійної освіти і потребує перегляду прийомів і методів викладання.

Використання нових кейс-технологій передбачає розв'язання ситуаційних задач – одного з методів удосконалення основних компетенцій в безперервній освіті фахівців з клінічної біохімії [4].

Нагадаємо, що розв'язання ситуаційних задач створює умови для активного розвитку гнучких, варіативних вмінь професійного мислення – найбільш важливих компонентів моделі сучасного фахівця. Узагальненими характеристиками таких задач є [5]:

- наявність в умові задачі елементів ускладнення, нетиповості, нестандартності;
- максимальна наближеність до реальних сучасних задач медичної практики;
- можливий проблемний характер та міждисциплінарний контекст задач.

Впровадження ситуаційних задач з біохімії, на нашу думку, дає можливість упорядкувати самостійну роботу, підвищує мотивацію і залученість до рішення обговорюваних проблем, дає поштовх до пошукової активності, спонукає до конкретних дій, що й складає основу формування професійних компетенцій. При цьому, процес навчання набуває більшої осмисленості, допомагає встановлювати міжпредметні зв'язки, адаптувати отримані знання до подальшої діяльності.

Ситуаційні задачі мають практико-орієнтований характер. Для їх вирішення необхідними є знання кількох учбових предметів, що дозволяє оволодіти інтелектуальними операціями послідовно в процесі роботи з інформацією, а саме: ознайомлення – розуміння – застосування – аналіз – синтез – оцінка, наближаючи до реальної ситуації на відміну від традиційних освітніх ресурсів.

Ситуаційні задачі з біохімії моделюють елементи клінічних і фізіологічних ситуацій в організмі людини, взаємозв'язок білкового, вуглеводного, ліпідного, водно-мінерального та інших обмінів в нормі і при патологічних станах, що дозволяє розвивати професійне мислення фахівців, оскільки використання ситуаційних задач, як метод навчання, інтенсифікує процеси розуміння, засвоєння і застосування теоретичних знань при рішенні практичних завдань. Дискусія з викладачем при обговоренні можливих шляхів розв'язання ситуаційних задач забезпечує більше поглиблене вивчення курсу біохімії, а викладачу дозволяє перевірити рівень засвоєння теоретичного матеріалу, індивідуалізувати навчання, тобто є необхідною умовою для становлення і вдосконалення професійних компетентностей [6].

Нами відмічено, що при регулярному застосуванні форм і методів інтерактивного навчання у слухачів формуються продуктивні підходи до оволодіння інформацією, зникає побоювання висловити неправильне

припущення, формуються навички адекватного використання отриманих знань.

Ситуаційні задачі з біохімії охоплюють увесь теоретичний матеріал типових учбових програм. у відповідності з їх змістом завдання поділяють за основними розділами і темами. Так, наприклад, за темою «Обмін ліпідів» можна запропонувати оцінити результати біохімічних досліджень, рекомендувати альтернативні, у тому числі не рутинні (предикторні), біохімічні методи діагностики патології, поставити попередній діагноз, припустити біохімічний механізм розвитку захворювань. внаслідок чого слухачі вимушені колегіально інтегрувати усі отримані знання в ході засвоєння курсу біохімії.

Підручник з Клінічної біохімії виданий під редакцією завідувача кафедри клінічної лабораторної діагностики НМАПО імені П.Л. Шупика Г.Г. Луньової містить ситуаційні задачі відповідно до теми кожного розділу [7].

Отже, використання ситуаційних задач у безперервній освіті фахівців з клінічної біохімії, що розробляються колективом кафедри, з нашої точки зору, дозволяє повніше розкрити спектр професійних проблем, рішенням яких займається сучасна біохімія, прийняти участь в пошуку нових маркерів патологічних процесів, забезпечуючи не лише формування професійних, але й мультидисциплінарних компетенцій.

Список використаних джерел

1. Красіков, О. М. (2013). Післядипломна освіта в умовах модернізації системи освіти України. *Вісник Запорізького національного університету. Юридичні науки*, (1(2)), 162–167.
2. Толстанов, О. К., Осійчук, М. С., Волосовець, О. П., П'ятницький, Ю. С., Булах, І. Є. (2014). Аспекти підготовки й підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних кадрів у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти МОЗ України, *Медична освіта*, (2), 9–12.
3. Тапбергенов, С. О., Сейтеббетова, А. Ж. (2016). Сегодня, завтра биохимии в медицинских вузах – путь к формированию клинического мышления врачей. *Астана медициналық журналы*, (2), 122–128.
4. Позднякова, Е. В., Понамарева, О. А., & Демидчик, Л. А. (2017). Опыт внедрения case-study в учебный процесс при преподавании биохимии. *Вестник науки и образования*, (8), 62–65.

5. Назаренко, Н. В. (2006). Мотивація навчання студентів як показник ефективності сучасних педагогічних технологій. *Проблеми освіти*, (45), 164–167.

6. Тимин, О. А., Федорова, Т. С., Степовая, Е. А., Носарева, О. Л., Шахристова, Е. В. (2016). Сборник ситуационных задач по биохимии : учеб. пособ. Томск : Издательство СибГМУ.

7. Луньова, Г. Г. (2013). Клінічна біохімія: підруч. Київ: Атіка.

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ЛІКАРІВ ОНКОЛОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Гордійчук П.

*Професор, завідувач кафедри онкології
НМАПО імені П.Л.Шупика, Україна*

<https://orcid.org/0000-0003-2031-8772>

Провівши перспективний і ретроспективний аналіз типових навчальних планів та програм в організованому безперервному післядипломному навчанні медичних фахівців за онкологічними спеціальностями встановили, що основною в продовж півстоліття їх метою було формування професійно компетентного лікаря. Тому, удосконалюючи і розвиваючи основні засади і принципи національної медичної школи післядипломної освіти до вимог часу і досягнень сьогодення дає аргументовані підстави стверджувати про фаховість і перспективність їх в процесі безперервного навчання сучасних медичних фахівців.

Ключові слова: післядипломна освіта, безперервне навчання, самоосвіта, професійна компетентність.

Вступ. Пріоритетним завданням вітчизняної системи післядипломної освіти є інтеграція в європейський та світовий освітній простір, формування конкурентоспроможних на світовому ринку праці фахівців, здатних до саморозвитку, самоосвіти, самовдосконалення через осмислення власної сутності та своєї ролі в динамічно розвиваючому світі [1; 2; 3].

Тому, для навчального закладу післядипломної освіти є важливим формувати компетентного спеціаліста, що значно розширює задачі в порівнянні з формуванням кваліфікованого. Термін «компетентність»

з'явився в освітній літературі в 60-х роках минулого століття і передбачає не лише суто професійні знання й уміння, але набуття таких якостей, як: уміння аналізувати досягнуте (знання, практичний досвід); впорядковувати набуте; визначати самостійно напрямки і методи освіти і самоосвіти; вміння працювати в колективі і відстоювати свою позицію в дискусіях; уміло використовувати сучасні інформаційні та комунікаційні технології. [4; 5; 6; 7]

Основна частина. Суттєвою умовою успішного формування медичного фахівця, здатного швидко адаптуватися до змінюючих вимог в основних напрямках професії, умовах праці, відношеннях в соціумі є необхідність навчатися в закладах післядипломної медичної освіти протягом професійного життя. Основним завданням яких є формувати спеціаліста нового типу, здатного до продуктивної реалізації професійних задач, досягти успіху в професійній кар'єрі, бути успішним, статусним. Для вирішення поставленої задачі необхідні умови і методична забезпеченість навчального процесу, кожний компонент навчальної програми повинен мати чіткий та зрозумілий перелік навчання, визначену завантаженість та кількість кредитів, відповідні критерії оцінювання та контролю. Для організації навчально-пошукової роботи слухачів слід використовувати сучасні технології навчання у вирішенні питань існуючих проблем, можливі варіанти її вирішення з вибором оптимального. Що дасть можливість формувати у слухачів мотивацію та здатність до самоосвіти, вміння оцінювати ситуацію, логічно мислити, добувати, відбирати й аналізувати інформацію отриману з інформаційних джерел та особистого практичного досвіду. Важливе значення для отримання якісного навчання має професіоналізм викладачів їх клінічний досвід, вміння представити неординарні клінічні ситуації і варіанти їх вирішення.

На кафедрі онкології в продовж останніх десяти років було проведено більше 50 циклів спеціалізації з спеціальності онкологія, онкохірургія, ендоскопія, онкогінекологія та навчання великої кількості слухачів за індивідуальним планом. Загальна кількість слухачів склала – біля 1500 лікарів.

Провели аналіз типових навчальних планів та програм у відповідності до сучасних вимог формуванню компетентного спеціаліста. За результатами, виявлена чітка структурованість планів та програм, у яких представлені модулі, які в оптимальному об'ємі відповідають задачам цілісної підготовки фахівця за визначеною

спеціальністю, базуючись на досягненнях онкологічної науки за останнє десятиліття. Модулі мали достатній об'єм кредиту передбаченого стандартами навчання у відповідності до спеціалізації, етапність розгляду модулів відповідала послідовності опанування спеціальністю, розвиваючи знання отримані в попередніх. Поточне оцінювання знань з використанням анонімного анкетування в процесі навчання було підставою для корекції навчального плану, що передбачено нормативами до 15%. На циклах, де в повній мірі була проведена корекція навчання за результатами визначених потреб слухача, кінцеві результати оцінювання були кращими.

Важливими складовими навчальної програми і планів є: - опанування і відпрацювання практичних навиків у два етапи: на симуляторах з наступним під контролем викладача в клінічній практиці; - вирішення ситуаційних задач, які потребують знань не лише за спеціальністю але і суміжних спеціальностей; - отримання новітніх знань на суміжних дисциплінах, які за об'ємом складають від 15 до 25% загального кредиту циклу; - додаткові (факультативні) дисципліни з вивчення питань етики, деонтології, ринку праці, взаємовідносин з роботодавцем, тощо. Цикли завершувалися трьох компонентним іспитом, де визначалася профілактична, діагностична та клінічна компетентність слухача у відповідності до державних стандартів спеціальності.

Навчання онкологічних спеціальностей із-за специфіки є мультидисциплінарним, не можливе ефективно навчання без сучасних знань суміжних дисциплін, швидко розвиваючих напрямків світової науки.

Також, був проведений ретроспективний аналіз національної медичної школи післядипломної освіти у підготовці лікарів онкологічних спеціальностей. Аналізуючи типові навчальні плани та програми двадцятирічної давності виявили, що вони за структурою, наповненням, оцінкою і контролем відповідають у принципі сучасним основним вимогам. Безперечно, змінилося наповнення програм сучасними досягненнями теоретичної, практичної онкології, введенням високотехнологічних, лапароскопічних діагностичних і лікувальних процедур, операцій, вивченням нових перспективно розвиваючих напрямків у суміжних дисциплінах. Замінені категорії оцінки об'єму та якості навчального процесу за для інтеграції в європейський та світовий освітній простір.

Аналіз і досвід підтверджують фундаментальність та перевірену часом ефективність традиційної національної школи післядипломної освіти, яка з 80-х років минулого століття була орієнтована на формування професійної компетентності лікаря. Про це свідчать публікації того часу в періодичних педагогічних видання. Так, Є. Павлютенков (Советская педагогика. 1980. №6), вважав, що кінцевою метою формування професійної компетентності фахівця є його конкурентоспроможність, що проявляється у здатності комунікувати у фаховому середовищі, вирішувати задачі, організовувати професійну діяльність, приймати рішення в нестандартних ситуаціях, розподіляти ресурси для поставлених цілей, аналізувати та коригувати власну діяльність, а також постійно професійно розвиватися.

Формування професійної компетентності процес довготривалий із-за ряду об'єктивних чинників, одним із яких є отримання практичного досвіду, тому і виділяють критерії становлення. Приймаючи до уваги, що на стан здоров'я нації важливий вплив має рівень медичного забезпечення, професійна компетентність медичних фахівців, у багатьох країнах світу медичні професії мають статус регульованих, а проходження етапів професійного навчання є обов'язковим і контролюється державними стандартами. За державними стандартами, які ґрунтувалися на досвіді національної післядипломної освіти, терміни оцінки професійної компетентності з визначенням рівня кваліфікації були 5,7-10 і більше 10 років з наступним 5-річним підтвердженням з обов'язковим визначенням комплексного рівня знань і умінь за державними стандартами. На даний час, держава для мінімізації «бюрократичних вимог та корупційних ризиків» процедуру атестації спростила. Лікар вільно обирає вид і спрямування навчальних заходів, незалежно від того, вважаються вони номінально заходами його спеціальності чи ні. Така методика оцінювання професійної компетентності лікаря використовуючи лише кількісні чинники (термін практичної роботи, 250 балів – 50 балів на рік, які можна отримати не навчаючись за спеціальністю), без визначення якісного рівня професійної компетенції сумнівна. є потреба в розробці якісних критеріїв визначення рівня професійної компетентності у сучасних державних стандартах чи удосконалення існуючих, визначення шляхів реалізації використовуючи національні профільні опорні заклади, лікарські асоціації чи короткотермінові кваліфікаційні курси прообраз передатестаційних.

Висновок. Півстолітня історія організованого безперервного навчання у закладах післядипломної медичної освіти з формування професійної компетентності фахівців онкологічних спеціальностей засвідчила актуальну результативність. Удосконалюючи і розвиваючи основні засади і принципи національної медичної школи післядипломної освіти до вимог часу і досягнень сьогодення дає аргументовані підстави для формування висококваліфікованого професіонала, який поєднує загальну ерудицію і знання своєї спеціальності з близькими спеціальностями в медицині, виділяє стратегічні питання, має високу професійну культуру у стосунках з колегами, пацієнтами та їх родичами.

Список використаних джерел

1. Вороненко, Ю. В. (2017). Напрямки розвитку системи підготовки лікарів на післядипломному етапі. Про стан та перспективи медичної освіти в Україні. Комітет Верховної Ради України. <https://nmapo.edu.ua/.../4775-ректор-predstaviv-kontseptsiyu..>
2. Овчарук, О. (2005). Перспективи запровадження компетентнісного підходу до вітчизняного змісту освіти. *Основна школа*. (3–4).
3. Гордійчук, П. І. (2017). Мотивоване безперервне навчання – визначальний чинник професійності лікарів онкологічних спеціальностей. Матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ. Тернопіль, Україна: ТДМУ, (2), 35–37.
4. Кубенко, І. М. (2010). Що таке компетентність і як її розуміють в освіті. Додат. до електр. журналу: *Теорія та методика управління освітою*, (10). <https://pedagogy-journal.kpu.zp.ua>
5. Антонюк, Л. Л, Василькова, Н. В, Ільницький, Д. О (2016). Компетентнісний підхід у вищій освіті: світовий досвід. ДВНЗ *КНЕУ імені В. Гетьмана*, Київ.
6. Mulder, M., Gulikers, J., Biemans, H. J., Wesselink, R. (2010). The new competence concept in higher education: error or enrichment? In: Münk D., Schelten A. Hrsg. *Kompetenzermittlung für die Berufsbildung, Verfahren, Probleme und Perspektiven im nationalen, europäischen und internationalen Raum*. Bonn. Bundesinstitut für Berufsbildung, 189–204.
7. Recommendation of the European Parliament and of the Council of 23 April 2008 on the establishment of the European Qualifications Framework for life long learning (2008). *C 111.01. Official Journal of the EU*, 6.5.2008 . 111–14.

ОСОБЛИВОСТІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ ПАТОЛОГОАНАТОМІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЦИНИ ТА ПАНДЕМІЇ COVID19

Дядик О.

*Д.м.н., професор, завідувача кафедри
патологічної та топографічної
анатомії*

НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-9912-4286>

Заріцька В.

*К.м.н., доцент кафедри патологічної та
топографічної анатомії*

НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-8837-8813>

Бекетова Ю.

*К.м.н., доцент кафедри патологічної та
топографічної анатомії*

НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна

<https://orcid.org/0000-0001-8635-1802>

Шатрова К.

*К.м.н., доцент, доцент кафедри
патологічної та топографічної
анатомії*

НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна

<https://orcid.org/0000-0003-2916-5098>

Іркін І.

*Д.м.н., професор, професор кафедри
патологічної та топографічної
анатомії*

НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна

<https://orcid.org/0000-0001-6729-0821>

Згідно сучасних вимог до реформування медицини та дотримання
рекомендованих протиепідеміологічних заходів на кафедрі патологічної та
топографічної анатомії НМАПО імені П.Л. Шупика розроблено та
впроваджено матеріали та базу для проведення дистанційного навчання на
циклах інтернатури, стажування, спеціалізації та тематичного удосконалення,

що забезпечує постійний висококваліфікований професійний розвиток лікарів.

Ключові слова: патологічна анатомія, безперервний професійний розвиток, COVID-19, дистанційне навчання.

Лікарі патологоанатоми, в умовах реформування медицини в Україні та наявності важкої епідеміологічної ситуації у світі, зобов'язані постійно підвищувати кваліфікацію з урахуванням усіх сучасних підходів діагностики та з дотриманням рекомендованих протиепідеміологічних заходів. у 2020 році в умовах пандемії COVID-19 [1] на кафедрі патологічної та топографічної анатомії НМАПО імені П. Л. Шупика було розроблено та запроваджено дистанційне проведення більшості занять циклів інтернатури, стажування, спеціалізації та тематичного удосконалення для лікарів. Усі он-лайн тематичні цикли розпочинаються з лекції та майстер-класу щодо питань стосовно COVID-19. Особливу увагу професорсько-викладацький склад кафедри приділяє висвітленню питань щодо клініко-морфологічних особливостей ураження різних органів при коронавірусній інфекції [2; 3], особливостям диференціальної діагностики, принципам поведження медичного персоналу з біопсійним та операційним матеріалом отриманого від хворих з COVID-19, а також із тілами померлих від цієї інфекції. Під час проведення навчання викладачі акцентують увагу слухачів на особливостях ведення медичної документації на померлих пацієнтів з COVID-19 [4; 5], беручи до уваги розроблені нами принципи формування патологоанатомічного діагнозу. Окрему увагу на нашій кафедрі приділено майстер-класам з наведенням макроскопічних та мікроскопічних особливостей ураження легень, міокарду, нирок та інших органів у COVID-19-позитивних пацієнтів з власного досвіду та світової інформації, яка щоденно відслідковується працівниками кафедри.

Висновки: в умовах реформування медицини дистанційне навчання є однією з новітніх та важливих форм безперервного професійного розвитку лікарів та важливим заходом дотримання протиепідеміологічних заходів.

Список використаних джерел

1. Онлайн ресурси з питань COVID-19:
URL: <https://nmapo.edu.ua/n/n/6586-onlain-resursy-z-pytan-sovid-19>

2. Dr Ritesh Maharaj (2020). King's Critical Care – Evidence Summary Clinical Management of COVID-19. URL: <https://scts.org/wp->

[content/uploads/2020/03/01-Kings-Critical-Care-COVID19-Evidence-Summary-9th-March-2020.pdf](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30076-9/fulltext)

3. Zhe Xu, Lei Shi, Yijin Wang, Jiyuan Zhang, Lei Huang, Chao Zhang, Shuhong Liu, Peng Zhao, Hongxia Liu, Li Zhu, Yanhong Tai, Changqing Bai, Tingting Gao, Jinwen Song, Peng Xia, Jinghui Dong, Jingmin Zhao, Fu-Sheng Wang (2020). Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med*. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30076-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30076-9/fulltext)

4. Interim Guidance for Collection and Submission of Postmortem Specimens from Deceased Persons Under Investigation (PUI) for COVID-19 (2020). URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-postmortem-specimens.html>

5. Brian Hanley, Sebastian B Lucas, Esther Youd, Enjamin Swift, Michael Osborn (2020). Autopsy in suspected COVID-19 cases. *Clin Pathol*. 1–4. doi:10.1136/jclinpath-2020-206522

ПРІОРИТЕТИ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ПРОВІЗОРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Барчук О.

к.фарм.н., ст. викладач

Заліська О.

д. фарм. н., проф., завідувачка кафедри

Максимович Н.

к.фарм.н, доц.

Семенов О.

асистент

Кафедра організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоеконіміки ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-4704-4559>

Ключові слова: безперервний професійний розвиток, пандемія COVID, провізори, післядипломна освіта.

Безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів в Україні, враховуючи тенденції пандемії коронавірусу, вимагає щоденного набуття знань для забезпечення якості фармацевтичної допомоги населенню, Основний напрямок оптимізації фармацевтичної освіти полягає у взаємозв'язку навчальних планів і програм, які пропонують медичні університети, з професійною діяльністю провізора з метою підвищення його знань і вмінь, компетентностей, особливо про пандемію COVID-19.

На теперішній час існує необхідність визначення пріоритетів розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України в тому числі і післядипломної фармацевтичної освіти. у березні 2020 року ВОЗ офіційно оголосила про пандемію коронавірусу. Це виклик для медичної і фармацевтичної спільноти світу та України. Пандемія COVID-19 змусила визначати пріоритети фармацевтичного забезпечення населення дезінфекторами, масками, захисними костюмами лікарів і провізорів та основне інформаційне забезпечення про актуальні дані профілактики поширення вірусу та доказового лікування.

Нами опрацьована анкета та проведено анкетування та опитування більше 240 провізорів-слухачів циклів з Львівської, Рівненської, Івано-Франківської областей щодо ранжування ефективності заходів запобігання поширенню корона вірусу. Виявлено, що 86% провізорів вважають, що першочерговими заходами профілактики є носіння медичної маски , рукавичок і дезінфекція рук і поверхонь та дотримання соціальної дистанції.

Складна епідемічна ситуація щодо захворюваності на COVID-2019 та в умовах адаптивного карантину в університетах передбачено поєднання очної і дистанційної форм навчання. Кафедри факультетів післядипломної освіти повинні забезпечити інформаційну платформу та організувати дистанційне навчання для надання якісних освітніх послуг, впроваджуючи інноваційні педагогічні системи відповідно до вимог фармацевтичного ринку праці, забезпечуючи таким чином ефективну післядипломну підготовку провізорів-інтернів та слухачів циклів за даними доказової медицини і реальної практики профілактики і лікування COVID-19.

НОВІ ПРИОРИТЕТИ У КЛЮЧОВИХ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЯХ ДЛЯ НАВЧАННЯ ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ

Блавацька О.

*Львівський національний медичний
університет ім Данила Галицького*

<https://orcid.org/0000-0002-6291-7602>

Литвин О.

*Ужгородський медичний університет,
Україна*

За новою парадигмою освіти кожна людина має право на якісну освіту протягом усього життя, щоб набувати і підтримувати навички, які дають змогу брати успішно адаптуватися до змін у житті суспільства. Важливим завданням сьогодення є створення ефективної системи підготовки та розвитку кадрових ресурсів, пов'язаної з необхідністю формування професійної компетентності лікарів і провізорів, у зв'язку з реформуванням системи медичної та фармацевтичної освіти, а також із загальним євроінтеграційним освітнім курсом України.

Ключові слова: парадигма освіти, ключові професійні компетентності.

Європейський парламент і Рада Європейського Союзу у січні 2018 року схвалили Рамкову програму оновлених ключових компетентностей для навчання протягом життя [1].

У сучасному світі кожна людина потребує широкого спектра навичок і компетенцій, які вона має постійно розвивати протягом усього свого життя. Основні компетенції, визначені в Рамковій програмі ЄС, спрямовані на досягнення більш рівноправних і більш демократичних суспільств. Основними цілями цієї Рамкової програми ЄС названі:

- визначення ключових компетенцій, необхідних для посилення особистісного потенціалу та активної соціальної інтеграції.

- створення рекомендацій для розробників освітніх політик, надавачів освітніх послуг, роботодавців, та безпосередньо для тих, хто навчається.

- підтримка зусиль на усіх рівнях (європейському, національному, регіональному та місцевому) задля сприяння розвитку компетенцій для навчання протягом усього життя.

Компетентності визначаються як комбінація знань та навичок, де:

- знання складається з фактів, концепцій, ідей та теорій, які вже встановлені та підтримують розуміння певної сфери або предмета;

- навички визначаються як здатність та спроможність виконувати процеси та використовувати наявні знання для досягнення результатів/

Новий перелік ключових компетентностей містить 8 позицій:

1. Грамотність (Literacy competence).

2. Мовна компетентність (Languages competence).

3. Математична компетентність та компетентність у науках, технологіях та інженерії (Mathematical competence and competence in science, technology and engineering).

4. Цифрова компетентність (Digital competence).

5. Особистісна, соціальна та навчальна компетентність (Personal, social and learning competence).

6. Громадянська компетентність (Civic competence).

7. Підприємницька компетентність (Entrepreneurship competence).

8. Компетентність культурної обізнаності та самовираження (Cultural awareness and expression competence).

Усе це знайшло відображення у вітчизняному законодавстві, зокрема у змінах і доповненнях до Національної рамки Кваліфікацій [2], яка у 2020 році приведена у відповідність до Європейської.

Висновки. Порівняльний аналіз Переліку необхідних компетентностей з редакцією 2006 року показав, що він зазнав осучасненого уточнення щодо компетентності у науках, технології та інженерії; додаванням особистісної та підприємницької компетенцій; а на перше місце поставлена грамотність та здатність спілкуватися різними мовами.

Список використаних джерел

1. ANNEX to the Proposal for a Council Recommendation on Key Competences for Lifelong Learning. E-resource, available at: <https://ec.europa.eu/education/sites/education/files/annex-recommendation-key-competences-lifelong-learning.pdf>.

2. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій (Постанова Кабінету Міністрів України) № 1341 від 23 листопада 2011 р. (в редакції Постанови КМУ від 25.06.2020 р. № 519). Вилучено з: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1341-2011-n#Text>

ВИМОГИ ДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗГІДНО ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ (UEMS) З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В РАКУРСІ НОВОЇ ДЛЯ УКРАЇНИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ІНТЕРВЕНЦІЙНА КАРДІОЛОГІЯ» ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ АДАПТАЦІЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІВ УКРАЇНИ

Ященко Н.

доцент

Зеленчук О.

доцент

Судакевич С.

асистент

Хохлов А.

к.мед.н.

Тодуров Б.

професор

Національна медична академія

післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Інститут серця МОЗ України м.Київ,

Україна

UEMS – це неурядова організація, що представляє національні асоціації медиків фахівців на європейському рівні. Маючи 34 члена національних асоціацій на цей час та працюючи через 39 спеціалізованих секцій та європейських комісій, UEMS прагне до сприяння вільному пересуванню медичних спеціалістів по Європі, забезпечуючи при цьому найвищий рівень навчання, що відкриває шлях до поліпшення якості підвищення кваліфікації. Розділ UEMS з питань громадського здоров'я постійно бере участь у розробці та гармонізації медичної спеціальності в галузі охорони здоров'я в країнах ЄС. [1; 3]

Ключові слова: якість навчання, післядипломна медична підготовка, Європейські стандарти, охорона здоров'я.

Актуальність. Преамбула. На переконання UEMS, якість медичної допомоги та експертизи безпосередньо пов'язані з якістю навчання медичних працівників. Тому UEMS взяв на себе зобов'язання сприяти вдосконаленню медичної підготовки на європейському рівні через розробку європейських стандартів у різних медичних дисциплінах.

Неважливо, де лікарі навчались, вони повинні мати принаймні однакові основні компетенції, за стандартами яких прагне розвиватися післядипломна освіта у НМАПО імені П.Л. Шупика. Спеціалізація UEMS включає після дипломну підготовку, постійну медичну освіту та забезпечення якості, що є аналогічною вимогам щодо підвищення кваліфікації спеціалістів в Україні [1; 2; 4]

З 1994 р. UEMS прийняв Хартію про післядипломну підготовку, спрямовану на забезпечення рекомендацій на європейському рівні щодо належної медичної підготовки, що включає 6 розділів в галузі післядипломної підготовки. 5 розділів загальні для всіх спеціальностей, в шостому кожна секція спеціалізації заповнена відповідно до конкретних потреб своєї дисципліни, відображає сучасну медичну практику та сучасні наукові знахідки. При цьому, спеціальні секції UEMS та Європейські ради не мали на меті замінити Національну Компетентність органів влади у визначенні змісту після дипломної підготовки у власній державі, але скоріше доповнити їх та забезпечити якісне навчання в Європі у відповідності до міжнародних договорів та декларацій ООН про людину, Міжнародного кодексу медичної етики WMA [1].

Вступ. Європейська комісія визначає охорону здоров'я "як науку та мистецтво профілактики хвороби, продовження життя та зміцнення психічного та фізичного здоров'я та ефективності через організовані зусилля громади. Охорона здоров'я може розглядатися як структура та процеси за допомогою якого розуміється, охороняється та пропагується здоров'я населення організовані зусилля суспільства" [2].

Охорона здоров'я – це медична спеціальність, визнана у всіх європейських країнах. Медичний фахівець у галузі охорони здоров'я використовує свої теоретичні знання з базової медичної освіти та підготовки спеціаліста, необхідні для інтеграції медичних наук та охорони здоров'я.

Охорона здоров'я як медична спеціальність фокусується на взаємозв'язку між соціальними умовами та здоров'ям населення. у самому широкому розумінні охорона здоров'я включає всі заходи, прийняті у суспільстві, спрямовані на покращення здоров'я населення: *наукові дослідження в галузі охорони здоров'я громадськості, боротьба з інфекційними та неінфекційними хворобами, психічне здоров'я населення, здоров'я навколишнього середовища, здоров'я дітей та інших вразливих груп [1; 2].*

Ціллю аналізу Європейських стандартів є вдосконалення цілісного прагматичного підходу до медичної допомоги та висвітлення актуальних питань публічної громадської профілактичної медицини не лише для медичних спеціалістів, а також для осіб, які приймають рішення на національному рівні для наукового та медичного прогресу.

Розвиток профілактичних програм.

Важливою навичкою в охороні здоров'я та важливим напрямком відновлення та розвитку профілактичної медицини в Україні на базі досягнень профілактичної медицини СРСР та в сучасної медицини Європи та України, є планування та оцінка роботи профілактичних програм з охорони здоров'я та інших програм обслуговування, що стосуються процесів медичної допомоги. Програми можуть мати різну спрямованість, наприклад: втручання, орієнтовані на громаду та/або організації, програми для людей з високим рівнем ризику захворювання, програми для зміцнення здоров'я, запобігання виникненню хвороби (первинна профілактика), виявлення та управління ранніми фазами захворювання (вторинна профілактика) або мінімізації ускладнень захворювання (третинна профілактика). Важливо досліджувати, як буде впливати програма на вразливі категорії населення (вразливі - з точки зору віку, статі, етнічного походження та соціально-економічного статусу). Для цього медичні фахівці повинні мати можливість інформувати осіб, які приймають рішення, про потенційні наслідки та визначати відповідні напрямки для керування цими ефектами.

Для забезпечення досконалої підготовки медичних фахівців з нової спеціальності «Інтервенційна кардіологія» проаналізовано підготовки кардіологів в Європі (ця спеціальність є лише підрозділом з підготовки зі спеціальності «Кардіологія»).

Вимоги до бази навчання інтервенційній кардіології для забезпечення навчального та клінічного нагляду згідно європейських вимог відповідають можливостям великих клінічних баз в м. Києві, таких, як «Інститут серця МОЗ України». Кожен центр повинен:

- проходити структурований моніторинг відповідним органом, включаючи опитування та зовнішнє оцінювання підготовки та оцінки принаймні раз на п'ять років.

- мати внутрішню систему клінічного аудиту та забезпечення якості, в тому числі структуровані звіти про несприятливі або близькі пропуски, зустрічі щодо захворюваності та смертності та аудит за національними та

міжнародними стандартами. Навчальні заклади повинні мати бібліотеку та Інтернет, що пропонують доступ до сучасної світової наукової літератури, включаючи велику міжнародну кардіологію та внутрішні журнали медицини, повинні забезпечити необхідну фізичну інфраструктуру для слухачів включаючи конференц-зали та офісні приміщення з доступом до комп'ютера.

Для того, щоб надати належний клінічний досвід, навчальні бази повинні повною мірою мати обладнані приміщення для стаціонарних, амбулаторних пацієнтів, ургентних ситуацій, включаючи відділення коронарної допомоги з електрокардіографічним та гемодинамічним моніторингом. Там повинні бути можливості для проведення неінвазивних діагностичних та терапевтичних процедур, включаючи простий рентген, електрокардіограму, фізичне навантаження та фармакологічне стрес-тестування, амбулаторний моніторинг ЕКГ, ехокардіографію та можливість імплантування програмованих кардіостимуляторів та серцевих дефібриляторів, тимчасової стимуляції, кардіоверсії та дефібриляції. Під час навчальної програми слухачі повинні пройти відповідну підготовку інвазивної коронарної ангіографії, правої та лівої катетеризації серця та терапевтичні процедури після серцевої хірургії, ознайомитись з роботою відділення інтенсивної кардіоторакальної терапії з допоміжною вентиляцією, ультрафільтрацією та пристроями для підтримки гемодинаміки та широкою командою Heart [1; 2].

Оцінка слухачів.

Підготовку, ставлення та поведінку слухачів можна оцінити за повідомленнями кількох тренерів/кураторів (кілька звітів консультантів, MCR), також важливо отримати структуровані відгуки інших членів мультидисциплінарної команди за моделлю «зворотного зв'язку». Багатоджерельний зворотній зв'язок (MSF) повинен організовувати керівник освіти. Це може забезпечити цінне розуміння загальних навичок, таких як спілкування, лідерство, робота в команді та надійність - медичного персоналу та інших клінічних фахівців. Відгук повинен давати керівник, щоб сприяти чесному, конструктивному зворотному зв'язку. Опитування пацієнтів (ПС) також слід проводити на початку і наприкінці навчання спеціалістів для оцінки сприйняття пацієнтами навичок спілкування та практики слухача [2].

Список використаних джерел

1. Dr Ronald M. Epstein and Dr Edward M. Houndert (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *Journal of American Medical Association*, January 9, (28 UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS Association internationale sans but lucratif International non-profit organisation. Training Requirements for the Specialty of Public Health. *European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training*. https://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0011/98435/UEMS-2019.24-European-Training-Requirements-for-Public-Health.pdf

2. UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS Association internationale sans but lucratif International non-profit organisation. *Medical Specialties*. https://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0017/121481/Cardiology-ETR.pdf; https://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0017/44432/UEMS-2013.24-European-Training-Requirements-Cardiology.pdf

ВКЛАД В МЕДИЦИНУ ТА ПЕДАГОГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ КОРСАКОВА С. С. (ДО 120-РІЧЧЯ З ДНЯ ПАМ'ЯТІ)

Невмержицька Н.

асистент кафедри гістології та ембріології

НМУ імені О. О. Богомольця, Україна

в статті коротко описаний життєвий шлях видатного психіатра Корсакова Сергія Сергійовича. Також описані досягнення в медицині та педагогічній діяльності ученого, його життєві принципи та вклад в медичну науку 19 століття.

Ключові слова: вчений, засновник, досягнення, психіатр, доктор.

Сергій Сергійович Корсаков (1854-1900) - видатний психіатр, доктор медицини, професор. Один з засновників вітчизняної наукової психіатрії, учень А.Я. Кожевникова.



Навчався майбутній великий вчений в П'ятій Московської гімназії, яку закінчив з одними п'ятірками і з занесенням його прізвища на золоту дошку. з 11-річного віку змушений був підробляти репетиторством [1].

У 12-річному віці склав документ, який сам назвав «Правила життя»: «Якщо трапиться привід що-небудь добре зробити, старайся робити, а від усякого зла йди або намагайся його припинити». Найдивовижніше, що йому дійсно вдалося дотримуватися цього правила протягом всього свого життя. Від матері Сергій успадкував чуйність, м'якість, делікатність - все те, що згодом і зробило його великим. у 1875 р. Сергій Корсаков з відзнакою закінчує медичний факультет Московського університету [2]. у тому ж 1875 році до відомого невропатолога А. Я. Кожевнікова, у якого колись навчався Сергій, звернувся головний лікар Преображенської психіатричної клініки м. Москва з проханням підшукати «надійну молоду людину на місце ординатора». Кожевніков вказав на Корсакова Сергія. Доктор Штейнберг(головний лікар) почав знайомство з молодим фахівцем зі словами: «В університеті ви ж мало вчилися психіатрії; ви навіть, ймовірно, не знаєте, як зв'язувати пацієнтів». а молодший ординатор Корсаков замість того, щоб старанно освоїти «нову премудрість», одразу почав боротися за права пацієнтів [3]. Попрацювавши рік в Преображенській клініці, в 1876 році Корсаков був прийнятий ординатором неврологічної клініки медичного факультету Імператорського Московського університету, щоб залишитися тут до кінця свого життя. Корсаков вперше організовує «режим без обмежень» в психіатричних лікарнях. Доктор стверджував: «Введення «режиму без обмежень» ставить неминучу вимогу відразу все поліпшити, а це відразу ж змінює і ставлення хворого до лікаря, так що навіть невелике вираження незгоди з боку останнього буде діяти дисциплінуючим чином, і цим можна замінити» лікувальну дію сорочки» [4]. Сергій Сергійович підкреслював: «... жива душа повинна бути у всьому і, перш за все, в індивідуалізації кожного пацієнта. Хворий не повинен бути номером, а повинен бути особистістю, добре знайомої всім особам персонально, які мають до нього відношення ». у Росії практична реалізація цієї ідеї пройшла набагато швидше і легше, ніж на Заході. Відбувся справжній прорив в області методики лікування психічних захворювань: медики

відмовилися від зв'язування хворих, були ліквідовані ізолятори, на вікнах прибрали решітки. Вікна клініки облагородили фіранками, двері – порт'єрами [1]. На стінах висіли картини, в палатах стояла м'яка меблі, а на ліжках - мереживні накидки. Робилося все можливе, щоб створити у клініці домашнє середовище. і не тільки в зовнішньому вигляді, але і глибинно, душевно. Сергій Сергійович рекомендував, щоб по можливості виконувалися бажання пацієнтів якщо ці бажання не суперечать лікарським призначенням або лікарняному режиму. Він вважав, що лікар повинен бути другом пацієнта, знати його переживання, взаємовідносини з рідними, близькими. Навіть сьогодні таке для багатьох здається казкою. Ні до, ні після Корсакова не було лікаря-психіатра, який би проводив стільки часу зі своїми хворими. За слова «божевільний», «безумкуватий» за його наполяганням було введено великий штраф. Сергій Сергійович дуже вміло використовував трудотерапію у своїх пацієнтів та залучення їх до мистецтва [6; 7].

З 1875 по 1877 рр. С. С. Корсаков збирає матеріал для наукової роботи. у 1877 р. публікує «Курс електротерапії»-свою першу наукову роботу. з того ж 1877 року визначилася тема наукових інтересів вченого- алкоголізм. Він приступив до докторської дисертації «Про алкогольний параліч», яку захистив лише через 11 років. Він стоїть біля витоків Московського психологічного товариства і неврологічного гуртка. Їздить по Росії та по Європі. Щодня спостерігає хворих на алкоголізм [8]. Завдяки його дослідженням в психіатрію вводиться нове поняття – алкогольний амнестичний синдром, він же корсаковський синдром, він же корсаковський психоз [2; 7]. Суть його в тому, що у хворих на алкоголізм перестає засвоюватися вітамін В1, і це викликає органічне ураження мозку. Пацієнт не може утримати в пам'яті недавні події, при цьому чудово пам'ятає події минулого. Те ж стосується і навичок, він може робити те, чого вивчився раніше, але навчитися чогось нового вже не в змозі. і виною тому саме органічні зміни в організмі, а зовсім не «моральне падіння», як вважали раніше. Серед всіх праць С. С. Корсакова особливе значення має саме ця робота, так як вона створила епоху в психіатрії, поклавши початок нозологічному напрямку у вивченні психічних хвороб. і при цьому продовжує активно проповідувати так званий «режим без обмежень» - і в своїй старій Преображенської лікарні, і в приватній психіатричній лікарні Олександра Федоровича Беккера, в якій працював в той час [9; 10].

У 1880 Сергій Сергійович Корсаков вперше виступив як фахівець з судової психіатрії. у 1888 році С. С. Корсаков затверджується приват-

доцентом Імператорського Московського університету. Починається академічний, тобто університетський, і такий короткий період життя. в 1893 р. С. С. Корсаков призначається екстраординарним професором по кафедрі систематичного і клінічного вивчення нервових та психічних хвороб і директором психіатричної клініки ІМУ. у цьому ж 1893 році Сергій Сергійович нагороджений орденом святого Станіслава другого ступеня і остаточно визнаний як творець російської психіатричної школи. Його імпазантна постать одягнена в бездоганний костюм, змушує студентів і колег благоговійно завмирати [11; 3].

У 1898 році височайшим наказом по цивільному відомству С. С. Корсаков затверджується ординарним професором. у статусі доктора медицини Корсаков стає професором кафедри психіатрії Московського університету і директором університетської психіатричної клініки. Корсаков вже шість років завідував колишньою лікарнею Беккера. Він перетворив її в елітний санаторій, по всій Росії з захопленням переймали його досвід. у нього було безліч учнів, і всім було зрозуміло: тридцятирічний доктор, фактично, створює власну психіатричну школу [12].

У роки його доцентства і професорства медичний факультет переживав насправді «золотий вік», виблискуючи такими іменами, як Н. В. Скліфосовський, Г. А. Захар'їн, Н. Ф. Філатов, І. М. Сеченов, В. Ф. Снегирьов, Ф. Ф. Ерісман, А. Б. Фохт, А. І. Бабухін, Д. Н. Зернов, А. А. Остроумов та інші [13]. Свій досвід в області організації психіатричної допомоги С. Корсаков узагальнив у відомій роботі, яка була опублікована після його смерті в першому номері «Журналу неврології і психіатрії» (1901), створеного за його ініціативою. Лікар і вчений, який рятував чужі життя, важко хворів сам. С. С. Корсакова погубила «успадкована від предків схильність до повноти». Уже в 44 роки Корсаков переносить перший інфаркт. Заняття зі студентами доводиться забути [6]. Залишаються наука і невеличка практика. Збереглися спогади про те, як зовсім молодий ще доктор, важко дихаючи і спираючись на палицю, повільно виходить з під'їзду свого будинку, а черговий на цьому місці городовий одразу кличе візника, дбайливо підсаджує Сергія Сергійовича і віддає йому честь. Корсакова всі любили. Тим прикрішою стала та рання смерть, в 46 років, після лікування на дорогому курорті в Швеції. у 1900 році стан Корсакова погіршився, і незабаром він помер [14].

Поховали Корсакова в Олексіївському монастирі. Існує багато прекрасних висловлювань його колег про особу великого лікаря, але ми гадаємо лише висловлювання В. Рота: «Твоїй чистій душі були не властиві

загальнолюдські слабості і пороки, і всіх то наближався до тебе мимоволі очищався духовно. До тебе ніхто не міг підійти з поганими думками і почуттями. Ти був нашою живою совістю ». На закінчення хотілося б сказати про важливість і необхідність впровадження в сучасній медицині життєвих позицій і постулатів відношення до переживань та хвороб пацієнтів, що проповідував великий вчений та Людина-Корсаков С. С. [12].

Список використаних джерел

1. Банщиків, В. М. (1967). S. S. Korsakov (life and work). Москва : Всесоюзне наукове медичне товариство невропатологів і психіатрів.
2. Бурхливо, М. Є. (2013). There are several psychotherapists (from the history of psychotherapy) about the families in which they were. *Психотерапія*. 2 (122), 94–97.
3. Гурович, І. Я., Шмуклер, А. Б., Сторожакова, Я. А. (2004). Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry. Москва : ІД Медпрактика.
4. Корсаков, С. С. (1901). Psychiatry course. 2-е вид. (Посмертне), перераб. автором. Москва : Типо-літографія В. Ріхтер.
5. Петровський, А. В. (2005). Personality. Psychological lexicon. *Енциклопедичний словник : в 6 т.*
6. Едельштейн, А. О. (1948). S. S. Korsakov. Москва : Госиздат мед. лит.
7. Сербський, В. П. (1901). Questions of philosophy and psychology.
8. Юдін, Т. І. (1951). Essays on the history of domestic psychiatry. Москва : Медгиз.
9. Прохорова, А. М. (1969). S. S. Korsakov. [*Большая советская энциклопедия*](#) : [в 30 т.]. 3-е изд. Москва : [*Советская энциклопедия*](#),
10. Корсаков, С. С. (1890). Painful memory disorders and their diagnosis. Москва.
11. Мазаева, Н. А., Памяти С. С., Корсакова. Н. А. (2004). Psychiatry.
12. Овсянников, С. А. (2000). The role of S. S. Korsakov in the formation of the Moscow psychiatric school. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 8 (100), 3–6.
13. Черниченко, М. Ю. (2015). History of Medicine. 2(2). 252–261.
14. Кербиков, О. В. (1971). Selected Works. АМН СССР. Москва : Медицина.

СЕКЦІЯ: РЕФОРМА СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

МОТИВАЦІЯ ЛІКАРІВ ДО БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ: ВІД ЧИННИКІВ ДО КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ

Вороненко Ю.

*академік НАМН України, професор, ректор
<https://orcid.org/0000-0002-4852-3324>*

Гульчій О.

*професор, проректор з міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами
<https://orcid.org/0000-0001-8283-8672>*

Захарова Н.

*доцент, начальник відділу магістратури
<https://orcid.org/0000-0002-6530-6217>*

Балашов К.

*завідувач відділу комунікацій
<https://orcid.org/0000-0002-7820-4527>*

**Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна**

Сучасний стан системи безперервного професійного розвитку лікарів робить вкрай актуальним використання інструментарію маркетингу та комунікацій.

Метою праці є опис самооцінки лікарями ключових чинників, що впливають на вибір форми БПР, та їх класифікація.

Матеріали і методи. 354 лікарям було запропоновано оцінити додаткові чинники, які впливають на вибір курсу БПР. Отримані відповіді були каталогізовані двома експертами та узгоджені між собою.

Обговорення результатів. Встановлений 41 чинник впливу на вибір форми БПР за п'ятьма основними напрямками.

Висновки. Врахування визначених 5-ти груп чинників під час планування є доцільним під час планування навчальних курсів.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток лікарів, підготовка кадрів, комунікаційні стратегії, компетентнісний підхід.

Актуальність. Реформування системи безперервного професійного розвитку (БПР), зокрема наближення правил його функціонування до умов вільного ринку, потребує належної перебудови від закладів післядипломної освіти. Численні ризики, такі як відсутність системи акредитації провайдерів БПР та моделі оплати освітніх послуг лікарями, роблять вкрай актуальним використання інструментарію маркетингу та комунікацій на рівні закладів вищої освіти з метою кращого розуміння потреб споживачів і як наслідок – підвищення конкурентоспроможності власних послуг [1; 2].

Наприкінці 2018 р. в НМАПО імені П.Л. Шупика було розпочате маркетингове дослідження, яке станом на літо 2020 р. охопило бл. 2,4 тис. лікарів. Результати опрацювання відповідей 1768 респондентів були оприлюднені у наукових працях авторів [3; 4]. Зокрема, визначені оптимальні форми, тривалість та стиль навчання, встановлені статистично вірогідні відмінності між групами готових та неготових самостійно оплачувати освітні послуги.

У запропонованій анкеті респонденти надавали оцінку важливості 15-ти попередньо визначених авторами чинникам (територіальна зручність, вартість курсу, наявність матеріалів дистанційного навчання тощо), які за результатами проведення кластерного [4] та факторного аналізу були об'єднані у чотири групи чинників (фактори), що беруть участь у формуванні судження про доцільність проходження навчального курсу: професійна привабливість та доступність навчального курсу, рівень соціальної активності та некритичності лікаря.

Утім, недослідженим залишається питання щодо інших чинників, які вважають важливими самі споживачі освітніх послуг.

Метою цієї праці є опис самооцінки лікарями ключових чинників, що впливають на вибір тієї чи іншої форми БПР, та їх класифікація.

Матеріали та методи. Відповідно до рекомендованої методології [5], повторно опитані 354 лікарі, яких просили оцінити важливість 15-ти запропонованих раніше чинників та назвати за бажання свій варіант. Проаналізувавши отримані відповіді, двоє експертів незалежно один від одного сформували переліки чинників, та за результатами обговорення узгодили їх між собою. Чинники отриманого переліку були згруповані залежно від сфери застосування. Надалі відповіді

респондентів будуть закодовані згідно з отриманим переліком чинників та опрацьовані за допомогою статистичного програмного забезпечення SPSS v 23.

Обговорення результатів

За результатами опитування 354 лікарів про додаткові чинники, які впливають на вибір курсу підвищення кваліфікації (безперервного професійного розвитку), який він чи вона має намір відвідати, отримана 121 відкрита відповідь.

Опрацювання відповідей двома незалежними один від одного експертами засвідчило, що слухачі виокремлюють 41 чинник впливу на вибір форми БПР за п'ятьма основними напрямками:

Напрямок 1. Матеріальна складова (зокрема вартість циклу, кількість отриманих балів БПР, завантаженість, територіальна та транспортна зручність тощо).

Напрямок 2. Особистість викладача (лектора) (зокрема професійність, здатність донести інформацію, участь міжнародних лекторів наявність серед лекторів професорів, д.мед.н., публічних осіб тощо).

Напрямок 3. Характеристики курсу (зокрема швидкий та зрозумілий процес зарахування, тривалість навчального курсу, наявність дистанційного (онлайн) компоненту в навчальному курсі, насиченість інформацією, мультидисциплінарний підхід, врахування даних доказової медицини, зручне оформлення матеріалів тощо).

Напрямок 4. Характеристики клінічної бази (зокрема наявність сучасного лікувального та діагностичного обладнання, можливість роботи з пацієнтами, рівень підготовки персоналу, наявність системи контролю якості медичної допомоги тощо).

Напрямок 5. Наявність інформації про курс (зокрема рекомендації друзів чи колег, відгуки осіб, що пройшли цей цикл раніше, відгуки професійних асоціацій, наявність відкритої інформації про мету та наповнення курсу тощо).

Врахування згаданих чинників у поширенні інформації про навчальні цикли важливе як для забезпечення сталого розвитку провайдерів БПР, так і для здійснення ефективної комунікації між центральними органами виконавчої влади, науковцями-медиками, лікарями-практиками та пацієнтами.

Висновки

Сучасний стан системи безперервного професійного розвитку лікарів робить вкрай актуальним використання інструментарію маркетингу та комунікацій на рівні закладів вищої освіти. з цією метою наприкінці 2018 р. в НМАПО імені П.Л. Шупика було розпочате маркетингове дослідження, яке охопило бл. 2,4 тис. лікарів. Зокрема 354 лікарям було запропоновано оцінити додаткові (не запропоновані в анкеті) чинники, які впливають на вибір курсу підвищення кваліфікації (безперервного професійного розвитку), який він чи вона має намір відвідати.

У результаті опрацювання відповідей 121 респондента встановлений 41 чинник впливу на вибір форми БПР за п'ятьма основними напрямками: матеріальна складова, особистість викладача, характеристики курсу, характеристики клінічної бази, наявність інформації про курс у відкритих джерелах. Врахування згаданих чинників у поширенні інформації про навчальні цикли важливе як для забезпечення сталого розвитку провайдерів БПР, так і для здійснення ефективної комунікації між центральними органами виконавчої влади, науковцями-медиками, лікарями-практиками та пацієнтами.

Список використаних джерел

1. Allen, I., & Seaman, J. (2011). *Going the Distance: Online Education in the United States*. Отримано з Sloane Consortium website: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED529948.pdf>
2. Carey, J. W. (1992). *Communication as Culture: Essays on Media and Society*. Psychology Press.
3. Voronenko, Y., Hulchiy, O., Khomenko, I., Zakharova, N., & Balashov, K. (August 2020 p.). METHODS FOR COMMUNICATION PROCESSES ENHANCEMENT IN THE "PROVIDER-CONSUMER (LEARNER)" SYSTEM OF EDUCATIONAL SERVICES. *Wiadomości Lekarskie*.
4. Вороненко, Ю., Гульчій, О., Харченко, Н., Захарова, Н., & Балашов, К. (2020). Доказово побудована комунікація: необхідна передумова управління безперервним професійним розвитком. *Український медичний часопис*.
5. Паніотто, В., & Харченко, Н. (2017). *Методи опитування*. Київ: Видавничий дім "Кієво-Могилянська академія".

РЕФОРМА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ У КОНТЕКСТІ БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Єрошкіна Т.

доктор медичних наук, професор кафедри загальної медицини з курсом фізичної терапії

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, м. Дніпро, Україна

<https://orcid.org/0000-0003-4777-9149>

У статті охарактеризовано зміст реформи щодо підготовки медичних кадрів у контексті Болонського процесу. Метою є вивчення основних положень Болонської системи освіти, її історичних етапів і результати впровадження в Україні. Методи: аналітичний огляд літературних джерел, директивних документів, результатів соціологічних досліджень, узагальнення практичного досвіду. Результати. Основи Болонської декларації: мають діяти єдині вимоги до визнання дипломів про освіту, працевлаштування та мобільності громадян; запровадження загальної системи порівняльних освітньо-кваліфікаційних рівнів, зокрема додатка до диплома; двох циклів навчання за формулою 3 + 2: бакалаврський і магістерський; нової кредитно-модульної системи навчання; збільшення обсягу самостійної роботи студентів. Багато вузів підійшли до процесу запровадження творчо, поєднавши те хороше, що є в нашій системі освіти, і корисні моменти європейської вищої школи. Але, щоб об'єктивно і ефективно контролювати знання за Болонською системою, необхідно збільшувати кількість викладачів, застосувати нові методики і форми навчання, комп'ютерне тестування, які дозволяють індивідуалізувати його процес. Висновок. з урахуванням усіх «за» і «проти» для країн, які прагнуть до економічного і суспільного розвитку і вступу до Європейського Союзу, альтернативи Болонському процесові немає.

Ключові слова: реформування освіти, Болонська декларація, бакалаврат, магістратура, індивідуалізація навчання.

Актуальність дослідження. Сьогодні інтеграційний процес у науці й освіті має дві складові: формування співдружності провідних європейських університетів під егідою документа, названого Великою хартією університетів (Magna Charta Universitatum) [1], та об'єднання національних систем освіти і науки в європейський простір з єдиними

вимогами, критеріями і стандартами. Головна мета цього процесу - консолідація зусиль наукової та освітянської громадськості й урядів країн Європи для істотного підвищення конкурентоспроможності європейської системи науки і вищої освіти у світовому вимірі, а також для підвищення її ролі в суспільних перетвореннях.

Мета дослідження: Вивчення основних положень Болонської системи освіти, її історичних етапів і узагальнення впровадження цього процесу в Україні.

Методи: аналітичний огляд літературних джерел, директивних документів, результатів соціологічних досліджень, узагальнення практичного досвіду.

Результати дослідження. 19 червня 1999 року в Болонії був підписаний 29 міністрами освіти від імені своїх урядів документ, який назвали «Болонська декларація». Цим актом країни-учасниці узгодили спільні вимоги, критерії та стандарти національних систем вищої освіти [2].

За вимогами декларації, у межах створеного простору мають діяти єдині вимоги до визнання дипломів про освіту, працевлаштування та мобільності громадян, що істотно підвищить конкурентоспроможність європейського ринку праці й освітніх послуг. Цим документом було задекларовано прийняття загальної системи порівняльних освітньо-кваліфікаційних рівнів, зокрема через затвердження додатка до диплома; запровадження в усіх країнах двох циклів навчання за формулою 3 + 2: бакалаврський і магістерський, які мають сприйматися на європейському ринку праці як освітні і кваліфікаційні рівні; створення систем кредитів відповідно до європейської системи трансферу оцінок; розробка порівняльних критеріїв і методів її оцінки; усунення перешкод на шляху мобільності студентів і викладачів у межах визначеного простору[3].

Наступний другий етап Болонського процесу відбувся у Празі 19 травня 2001 року, де представники 33 країн Європи підписали Празьке комюніке [4].

Третій етап Болонського процесу відбувся в Берліні 18-19 вересня 2003 року, де було підписано відповідне комюніке [5]. Четвертий саміт Болонського процесу проведений 19-20 травня 2005 року в Бергені (Норвегія) [6].

Освітня вищих навчальних закладів вже відчули вплив інтеграційних процесів. Багато вузів підходять до процесу запровадження творчо,

поєднавши те хороше, що є в нашій системі освіти, і корисні моменти європейської вищої школи.

Проте, представники деяких ВНЗ прийшли до висновку, що європейська система не припала до душі деяким українцям через те, що подана у вигляді політичної волі. Модель була швидко накладена на існуючу національну систему освіти, до якої звикли і студенти, і викладачі.

Молодь виявилася не готовою до самостійної роботи, яка передбачена положеннями Болонської системи освіти, але була важко здійсненна в пануючій в той час командно-адміністративній системі освіти України.

Соціологічне опитування, проведене кафедрою загальної медицини з курсом фізичної терапії Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара, показало, що до 80% студентів на перших курсах ще не оволоділи такою формою навчальної діяльності, як самостійна робота. До п'ятого-шостого курсів ця форма навчальної діяльності як суб'єктів значно підвищується, але все ж до 10% студентів так і не володіють нею в достатньому ступеню.

Соціологічні дослідження серед студентів і викладачів показали, що вони були недостатньо інформовані про особливості Європейської системи навчання, запровадження Болонського процесу відбувалося здебільшого директивним способом, без попереднього облаштування матеріально-технічної бази об'єктів освіти і підготовки викладачів до роботи в нових умовах [7].

Багато суперечок викликають практичні моменти запровадження нової кредитно-модульної системи навчання. Адже, щоб об'єктивно і ефективно контролювати знання за Болонською системою, необхідно збільшувати кількість викладачів, виникає потреба у застосуванні нових методик, форм навчання, комп'ютерного тестування, які дозволяють індивідуалізувати цей процес.

Але особливість найближчого періоду в тому, що уникнути зазначених перетворень уже неможливо, бо, не проводячи реформ або зволікаючи з ними, наша країна підсилюватиме ізоляційні явища з боку Європи і інших розвинутих країн, дедалі більше поглиблюючи власну суспільну й економічну кризу.

Особисто ми є прихильниками змін, які відбуваються в європейському освітянському просторі, передусім тому, що вони дають великий шанс нашим студентам, викладачам та науковцям не залишитися на узбіччі глобалізаційних процесів, які на початку XXI століття охопили

практично всі сфери діяльності людини. Але успішно здолати посталі перед нами виклики ми зможемо лише за умови глибокого переконання у правильності поставлених завдань, яке має базуватися на їхньому розумінні та внутрішньому сприйнятті. в іншому разі нас чекає глибоке розчарування та внутрішня і зовнішня еміграція провідних фахівців із сфери вищої школи.

Висновки: 1. Для оцінки результатів впровадження Болонського процесу в Україні важливою є думка не тільки міністерства, керівників ВНЗ та політиків, а й студентів і викладачів, безпосередньо включених у процес освіти. Болонський процес – це і створення єдиної методології, і підвищення мобільності студентів та викладачів, приведення освіти до єдиного взірця, забезпечення студентів першим робочим місцем.

2. Між тим, провадження Болонського процесу має деякі труднощі: високі матеріальні запити до студентів, до матеріального забезпечення навчальних закладів (недостатність підручників, методичних видань, комп'ютерної апаратури, лабораторного обладнання тощо); утруднення у переході до нової системи отримання наукових ступенів. Однак соціологічні опитування показали, що більшість студентів і викладачів все ж вважають необхідним подальше впровадження Болонської системи в Україні, приведення її до Європейських стандартів і перспектив працевлаштування у країнах Європи. з урахуванням усіх «за» і «проти» для країн, які прагнуть до економічного і суспільного розвитку і, зрештою, вступу до Європейського Союзу, альтернативи Болонському процесові немає.

Список використаних джерел

1. Велика хартія університетів – MAGNA CHARTIA UNEVERSITATUM (MCU) Вилучено із <http://euroosvita.net/?category=36&id=400>.

2. Болонська конвенція (або Болонська декларація). Вилучено із <http://euroosvita.net/?category=17&id=1038>.

3. *Вища освіта України і Болонський процес* : навч. посібн. В. Г. Кремень (ред.). Тернопіль: Навчальна книга, 2004.

4. Пражское коммюнике. Вилучено з <http://euroosvita.net/?category=17&id=1039>

5. Берлинское коммюнике (2003). Вилучено із <http://euroosvita.net/?category=17&id=1043>.

6. Коммюнике Европейской конференции министров, ответственных за высшее образование (Берген, 19-20 мая 2005 г.) Вилучено із <http://eurosvita.net/?category=17&id=1044>.

7. Шевченко, Т. М., Єрошкіна, Т. В. Вища освіта в Україні в контексті Болонського процесу: історія і сучасність. *Матеріали Регіональної науково-практичної конференції «Сучасні аспекти лабораторної діагностики»* (23 квітня 2019 р.). 2019, Дніпро: Біла К. О., 3–5.

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА ЗАКЛАДІВ (ФАКУЛЬТЕТІВ) ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ З ПИТАНЬ КЛІНІЧНОЇ ДІЄТОЛОГІЇ

Анохіна Г.

доктор медичних наук, професор

Лопух І.

кандидат медичних наук, доцент

<https://orcid.org/0000-0003-2105-0966>

Коруля І.

кандидат медичних наук, доцент

<https://orcid.org/0000-0001-9453-780X>

Харченко В.

доктор медичних наук, доцент

<https://orcid.org/0000-0001-7443-2314>

Кафедра гастроентерології, дієтології і ендоскопії, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Україна

Дієтологія належить до медичної спеціальності, яка передбачає великий обсяг знань та умінь в галузі харчування здорових людей та пацієнтів, лікуванню яких займаються лікарі різних спеціальностей. Якість безперервного професійного розвитку лікарів значною мірою залежить від професійного рівня та глибини знань науково-педагогічних працівників, включаючи таку інтеграційну науку як дієтологія. Для підвищення обізнаності лікарів з питань раціонального та дієтичного харчування слід підвищувати рівень знань науково-педагогічних

працівників закладів вищої медичної освіти та закладів (факультетів) післядипломної освіти з питань дієтології на циклах підвищення кваліфікації.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток лікарів, дієтологія, науково-педагогічні працівники.

Сучасна система вищої освіти висуває нові вимоги до науково-педагогічних працівників (НПП) у зв'язку з переходом до нової моделі вищої освіти, орієнтованої на індивідуалізацію навчального процесу; активізацією інноваційних процесів в сфері освіти, диверсифікацією освітніх програм вищої освіти, підвищенням технологічного оснащення освітнього процесу; посиленням міждисциплінарної інтеграції та наростанням інтеграційних процесів в сфері освіти; підвищенням рольової активності НПП. НПП повинен не тільки володіти основами науково-методичної та навчально-методичної роботи, сучасними освітніми технологіями, активними методами навчання, основами застосування інформаційних технологій в навчальному процесі, але й мати високий рівень медичних знань, особливо зі спеціальностей, які є інтеграційними. Якість безперервного професійного розвитку лікарів значною мірою залежить від професійного рівня НПП, глибоких знань фундаментальної медицини – фізіології, патофізіології, біохімії, метаболічних процесів, генетики, основ профілактики захворювань, в т.ч. з урахуванням ролі харчування в профілактиці виникнення хвороб. Актуальність цієї проблеми обумовлена також тим, що кваліфікація вітчизняних НПП не повною мірою відповідає світовим стандартам, про що свідчить низька конкурентоспроможність в порівнянні із викладачами визнаних світових медичних університетів [1; 2; 3; 4].

Одним із найбільш вагомих стимулів до професійного оновлення та удосконалення знань НПП в галузі дієтології є потреби суспільства. За останні десятиріччя спостерігаються значні зміни в структурі захворюваності населення, а саме суттєве збільшення хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ). Подовження тривалості життя людини, збільшення коморбідних та мультиморбідних станів вимагають змін у системі підготовки медичних працівників. Сучасному лікарю все частіше доводиться лікувати пацієнтів із мультиморбідністю, яка включає не тільки комбінацію у одного пацієнта різних за етіологією та патогенезом захворювань, але й, так звану, нозологічну синтропію, наявність патогенетично детермінованих комбінацій хвороб. Яскравим прикладом

мультиморбідності є метаболічний синдром (МС), який об'єднує комплекс взаємопов'язаних порушень вуглеводного і жирового обмінів, порушень регуляції АТ, функцій ендотелію судин, обумовлений інсулінорезистентністю. Близько 80% хворих на артеріальну гіпертензію мають одночасно ті чи інші метаболічні порушення: гіперінсулінемію, цукровий діабет 2-го типу, дисліпидемію, андройдне ожиріння, гіперурікемію. Подібні зміни стосуються пацієнтів із ішемічною хворобою серця, неалкогольним стетаогепатитом та іншими обмінними захворюваннями [5; 6].

На даний час не викликає сумнівів той факт, що однією з основних причин МС є нераціональне харчування та гіподинамія. в Україні за останні 30 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зросла в 3,5 рази, а рівень смертності – на 46%. Згідно прогнозів, у країнах з низькими та середніми рівнями доходів НІЗ спричинятимуть майже в п'ять разів більше смертей в перспективі до 2030 року [7; 8; 9; 10; 11; 12].

Чи готові лікарі України змінити ситуацію та зменшити зростання НІЗ і що зроблено в системі навчання, яка має бути динамічною та реагувати не тільки на досягнення науки та нових медичних технологій, а також на потреби суспільства?

За цей період у більшості розвинених країн світу проводилось інтенсивне вивчення впливу харчових речовин на організм людини, зростала кількість лікарів-дієтологів, в 60 роки минулого сторіччя під егідою Міжнародного Комітету Дієтичних Асоціацій (ICDA) були створені дієтичні асоціації, значну увагу надавали освіті та підготовці дієтологів. в дієтології виділились окремі спеціальності: дієтолог, кваліфікований дієтолог, дієтолог-дослідник, дієтолог-консультант, дитячий дієтолог, неонатальний дієтолог. Дієтологи є частиною медичної команди відділень інтенсивної терапії, у лікарнях та шпиталях працюють групи нутритивної підтримки пацієнтів.

Система післядипломної підготовки лікарів-дієтологів в Україні хоча і пройшла цілий ряд змін, однак їх недостатньо для підвищення знань лікарів вузькопрофільних спеціальностей з дієтичного харчування. За останні 15-20 років в сучасній медичній науці спостерігається значний прогрес в розумінні ролі харчування у виникненні та подальшому перебігу НІЗ. в 2016 році запропоновані нові рекомендації ВООЗ щодо принципів раціонального харчування, у фаховій науковій літературі опубліковано значну кількість результатів клінічних досліджень, що базуються на

засадах доказової медицини в галузі лікувального харчування, його ролі у виникненні та перебігу цілого ряду захворювань, в т.ч. поліморбідної патології,. Результатом цих наукових праць стали нові клінічні рекомендації, створені і опубліковані визнаними світовими науковими організаціями в галузі дієтології, зокрема ESPEN, що стосуються харчування пацієнтів з різними патологіями, та засновані на засадах доказової медицини, зокрема доказової дієтології. Такі рекомендації становлять значний суспільний інтерес, однак в Україні часто залишаються поза увагою лікарів клініцистів, особливо вузькоспеціалізованих галузей медицини.

НПП повинні досконало володіти новими знаннями і уміннями в галузі сучасної дієтології та нутриціології, слідкувати за новими клінічними рекомендаціями, результатами клінічних досліджень, опублікованих в фахових виданнях та на інформаційних ресурсах, за міжнародно визнаними настановам з дотримання принципів раціонального та лікувального харчування при різноманітних захворюваннях, особливо суспільно важливих з точки зору значного негативного впливу на здоров'я населення України, та економічних затрат, які лягають на бюджет країни для подолання цих захворювань. За результатами масштабних досліджень, проведених відповідно до вимог доказової медицини оновлюються дані, які свідчать про важливість лікувального харчування не тільки при захворюваннях органів травлення, але й при захворюваннях легень, серцево-судинної системи, метаболічних захворювань, зокрема цукровому діабеті, МС, а також очних хвороб, хвороб опорно-рухового апарату, нервової системи, нирок та сечовидільної системи.

Щорічно кафедра гастроентерології дієтології і ендоскопії НМАПО імені П. Л. Шупика організовує секцію здорового харчування в рамках Національної Школи гастроентерологів, гепатологів України, проводить конференції до Міжнародного дня здорового травлення. Однак таких форумів недостатньо для повноцінного ознайомлення лікарів-фахівців вузькопрофільних спеціальностей, зокрема офтальмологів, акушерів-гінекологів, ендокринологів, кардіологів, тощо. Відмічається значний попит на знання в галузі дієтології, у зв'язку з чим доцільним є підсилення дієтологічної складової конференцій, з'їздів, симпозіумів, в яких приймають участь лікарі різних спеціальностей проведенням секцій з профілактичного та лікувального харчування. Для підвищення рівня знань з дієтології НПП закладів вищої медичної освіти та закладів

(факультетів) післядипломної освіти доцільним є заохочення їх до проходження циклів підвищення кваліфікації з питань дієтології.

Список використаних джерел

1. Булах, І. Є., Волосовець, О. П., Казаков, В. М., Москаленко, В. Ф. та ін. (2007). *Система забезпечення якості підготовки медичних кадрів в Україні*. Київ: Книга Плюс.
2. Вороненко, Ю. В., Бойченко, Т. Є. (2004). *Стратегії та методи навчання в післядипломній медичній освіті*. Київ: Вересень.
3. Банчук, М. В., Волосовець, О. П., Фещенко, І. І., Бойчук, Т. М., Булах, І. Є. та ін. (2007). Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти й проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів. *Медична освіта*. (2), 5–13.
4. Лопатина, А. Б. (2016). Повышение качества обучения врачей. *Современные проблемы науки и образования*. (4).
5. Сумнительный, К. Е. (2015). Обеспечение новых результатов образовательного процесса как функция управления образованием. *Теоретические и прикладные аспекты современной науки*. М : (8-5), 123-127.
6. Настанова з кардіології. (2009). Коваленко В. М. (ред.) Київ: МОРІОН.
7. Зелінська, Н. Б. (2013). Ожиріння та метаболічний синдром у дітей. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. (4 (45)), 62–72.
8. Кунцевич, А. К. (2015). Риск метаболічного синдрому и питание населения. *Ожирение и метаболизм*. (1). 3–10.
9. Frank, A. P., Clegg D. J. (2016). JAMA PATIENT PAGE. *Dietary Guidelines for Americans — Eat Less Sugar*. JAMA. (315(11)).
10. Fung, M. D., Canning K. L., Mirdamadi P. et al. (2015). Lifestyle and weight predictors of a healthy overweight profile over a 20-year follow-up. *Obesity (Silver Spring)*. (23(6)), 1320–1325.
11. García-Toro, M., Vicens-Pons, E., Gili, M. et al. (2016). Obesity, metabolic syndrome and Mediterranean diet: Impact on depression. *J. Affect. Disord.* (194), 105–108.
12. Ждан, В. М., Шилкіна, Л. М., Борисова, З. О., Штомпель, В. Ю. та ін. (2010). Аспекти профілактичної медицини в програмах підготовки сімейного лікаря. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. (10(2)), 151–152.

**ОРГАНІЗАЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ
СТОМАТОЛОГІВ – ОРТОПЕДІВ НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНІЙ
СТОМАТОЛОГІЇ ІС НМАПО імені П. Л. ШУПИКА**

Біда В.

Д. мед. н., професор, завідувач кафедри

Дорошенко О.

Д. мед. н., професор, професор кафедри

Радько В.

К. мед. н., доцент, доцент кафедри

Омельяненко О.

К. мед. н., доцент, доцент кафедри

Клочан С.

К. мед. н., доцент, доцент кафедри

Іванович П.

К. мед. н., доцент, доцент кафедри

Григорович О.

К. мед. н., доцент, доцент кафедри

**Кафедра ортопедичної стоматології ІС,
НМАПО імені П. Л. Шупика, Київ, Україна**

Система постійного розвитку компетенцій лікаря та його професійного вдосконалення впроваджена в Україні з квітня 2019 року. Починаючи з 2020 року став обов'язковим безперервний професійний розвиток (БПР), який передбачає інформальну освіту (самоосвіту) для лікарів, згідно наказу МОЗ України N 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» [1; 2]. з метою удосконалення теоретичних знань та практичної підготовки, формування, оновлення, поглиблення ключових професійних компетентностей, а також отримання нових актуальних знань зі спеціальних методів підготовки до ортопедичного лікування зубо-щелепної системи кафедра ортопедичної стоматології ІС НМАПО імені П. Л. Шупика проводить цикли тематичного удосконалення за перспективними, сучасними напрямками, які дозволяють отримати слухачам відповідну кількість щорічного набору балів БПР [3; 4].

Ключові слова: безперервний професійний розвиток, стоматологія, лікар стоматолог – ортопед, тематичне удосконалення.

Стрімке впровадження в стоматологію сучасних наукових та технологічних досягнень, нових методів діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань вимагають від лікарів стоматологів отримання нових актуальних знань зі спеціальних методів підготовки до ортопедичного лікування зубощелепної системи: терапевтичної, хірургічної та ортодонтичної.

Наказ МОЗ України N 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», не передбачає обмеження балів БП виключно «за фахом», лікарю, який має кілька спеціальностей не потрібно набирати 50 балів кожного року окремо, по кожній спеціальності, тому тематики розроблених навчальних планів та програм циклів тематичного удосконалення передбачають мультидисциплінарний підхід до планування та комплексного лікування дефектів зубів і зубних рядів сучасними конструкціями зубних протезів, захворювань пародонта, патологічної стертісті зубів, профілактику помилок та ускладнень.

Окрім традиційної очної форми навчання на циклах тематичного удосконалення, впроваджено в навчальний процес очно-заочну форму з елементами дистанційного навчання, з відривом і без відриву від виробництва та за індивідуальними навчальними планами.

Багаточисельні комерційні медичні установи пропонують проведення лекцій, семінарів та майстер класів зі стоматології, що засвідчується сертифікатами з відповідною кількістю балів, разом з тим у більшості таких закладів відсутні ліцензії на освітянську діяльність. Направленість цих заходів доволі часто спрямована на впровадження на український ринок конкретного лікарського засобу або високотехнологічного медичного устаткування, тому інформація, яка надається, може бути упередженою, не завжди достовірною і носити рекламний характер, що виключає можливість нарахування балів БП до особистого портфолію лікаря [5; 6].

На тлі ризького зниження бюджетних асигнувань як на охорону здоров'я так і на заклади післядипломної освіти, залишається актуальним проведення курсів тематичного удосконалення за бюджетною формою навчання, для лікарів – стоматологів, які працюють у державних лікувальних чи спеціалізованих стоматологічних закладах.

Цикли тематичного удосконалення на кафедрі ортопедичної стоматології проводяться відповідно до Положення про організацію

освітнього процесу в НМАПО імені П. Л. Шупика, Положення про дистанційне навчання, затвердженого наказом МОН України від 25.04.2013 № 466, Примірного положення про підвищення кваліфікації за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання у НМАПО імені П. Л. Шупика, затвердженого вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика 30.05.2013, з урахуванням вимог постанови Кабміну від 28.03.2018 № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», Порядку підвищення кваліфікації педагогічних і науково-педагогічних працівників, затвердженого постановою Кабміну від 21.08.2019 № 800, наказу МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», зареєстрованого в Мін'юсті 25.03.2019 за № 293/33264, та інших нормативних документів, що регламентують підготовку фахівців галузі знань «Охорона здоров'я» на післядипломному етапі.

Програми циклів охоплюють обсяг як теоретичних, так і практично-прикладних знань, вмінь і навичок, необхідних лікарям-стоматологам, лікарям стоматологам-ортопедом, лікарям стоматологам-ортодонтам, лікарям стоматологам-хірургам, лікарям стоматологам-терапевтам для належного здійснення професійної діяльності.

Основною метою навчання на тематичних циклах з ортопедичної стоматології є удосконалення теоретичних знань та практичної підготовки, формування, оновлення, поглиблення ключових професійних компетентностей, а також оволодіння практичними навичками виготовлення ортопедичних конструкцій з застосуванням сучасних технологій. Матеріально – технічна база кафедри дозволяє проводити заняття на високому рівні, відповідно вимогам до сучасних педагогічних технологій: лекційний зал модернізовано відео – та проекційною апаратурою, яка використовується під час навчального процесу лекції та семінарів, демонстрацій мультимедійних презентацій, є підключення до глобальної інформаційної мережі Інтернет.

Тематики впроваджених в педагогічний процес циклів тематичного удосконалення розроблюються досвідченими викладачами, які, беруть участь у роботі міжнародних виставок, наукових конференціях, стоматологічних форумах та, в свою чергу, є висококваліфікованими лікарями і володіють сучасними методиками клінічної діагностики і лікування стоматологічних захворювань [7].

Система навчання на циклах тематичного удосконалення побудована традиційно і передбачає: лекційний курс, практичні та семінарські заняття. Навчання проводять за відповідними програмами та навчальними планами, які складаються з окремих курсів (розділів), на базі яких розроблені конкретні навчальні плани циклів тематичного вдосконалення з ортопедичної стоматології. у разі необхідності, враховуючи базовий рівень знань та індивідуальні потреби слухачів кафедра вносить корективи та доповнення до навчальних годин, які регламентовані навчальними планами, в межах 15 % від загального обсягу часу.

Значно розширилися можливості доступу лікарів до якісної фахової освіти з впровадженням в навчальний процес циклів за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання, на яких 40% академічних годин викладачі проводять з використанням технології дистанційного навчання, у вигляді заочної частини циклу, а саме, користуючись відеозв'язком: лекції в on-line режимі та семінарські заняття зі спілкуванням учаті в on-line режимі. Самостійно слухачі опановують сучасні системи пошуку в Internet.

Практичні заняття проводяться за очною формою на базі кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика, в тому числі підсумковий залік та навчання за додатковими програмами, або на базі закладу, який забезпечує ресурси для якісного проведення практичних занять.

Навчально – методичне забезпечення циклів тематичного удосконалення, як і навчальні плани та програми відображають узагальнення результатів наукових та аналіз клінічних досліджень співробітників кафедри, публікацій у провідних журналах, збірниках матеріалів наукових конференцій та постійно оновлюються, відповідно вимогам новітніх стоматологічних технологій.

Так до тематик циклів: «Незнімне протезування», «Знімне протезування», «Актуальні питання ортопедичної стоматології. Комплексна терапевтична, хірургічна та ортодонтична підготовка до протезування», додалися розроблені на пропозиції слухачів - «Сучасні цифрові алгоритми планування дентальної імплантації, протезування та використання CAD/CAM технології в ортопедичній стоматології», «Дентальна імплантологія», «Сучасні методи лікування та профілактики стоматологічних хворих із застосуванням ортопедичних заходів», «Ортопедичне лікування стоматологічних хворих

з використанням дентальної імплантації», «Естетичне протезування в ортопедичній стоматології», «Комплексне лікування захворювань пародонта із застосуванням ортопедичних заходів».

Розроблені та впроваджені в навчальний процес кафедри цикли тематичного удосконалення тривалістю два тижня (78 годин) дозволяють слухачам, у разі успішного складання заліку, отримати 50 балів БПР, однотижневі (39 годин) – 25 балів БПР.

Якість підготовки на тематичних курсах удосконалення контролюється шляхом анкетування слухачів та можливістю самостійно визначити рівень власних знань за допомогою розробленої професорсько – викладацьким складом кафедри комп'ютерною атестаційною тестовою програмою за фахом «Ортопедична стоматологія», яка представлена у комп'ютерному класі і охоплює весь обсяг теоретичних питань та практичних навичок, необхідних лікарю – спеціалісту для проведення лікувальної роботи [7].

Навчаючись на циклах тематичного удосконалення з ортопедичної стоматології, які проводяться на кафедрі ортопедичної стоматології ІС НМАПО імені П. Л. Шупика, лікарі стоматологи – ортопеди отримують новітню інформацію – якнайглибшу і найширшу, з максимальним оволодінням практичними навичками для надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги.

Знання лікарями стоматологами – ортопедями сучасних методів діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань, дозволить підняти якість надання стоматологічної допомоги при проведенні підготовки, планування та виготовлення конструкцій зубних протезів з використанням актуальних методик.

Навчаючись на циклах тематичного удосконалення з ортопедичної стоматології, які проводяться на кафедрі ортопедичної стоматології ІС НМАПО імені П. Л. Шупика, лікарі стоматологи отримують необхідну кількість балів БПР, оновлюють та поглиблюють професійні знання, уміння, практичні навички, ознайомлюються з основними досягненнями в галузі ортопедичної стоматології, отримують новітню сучасну інформацію, необхідну для проведення самостійної роботи в медичних закладах при виконанні певного виду втручань.

Список використаних джерел

1. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів (наказ МОЗ України) № 446 (2019). *Офіційний вісник України*. (26). 937. Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19>.
2. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року (розпорядження Кабінету Міністрів України) No 821-р від 15 листопада 2017 р. (2017). *Урядовий кур'єр*. (219 (21 листопада)). Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/821-2017-D1-80>.
3. Вороненко, Ю. В. (2017). Напрями розвитку системи медичної освіти в Україні: погляд у майбутнє, *Медична освіта*. (3). 32–35.
4. Вороненко, Ю. В., Вдовиченко, Ю. П., Толстанов, О. К., Краснов, В. В. (2019). Функціональні і структурні зміни в організації безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів у контексті реформування охорони здоров'я України, *Медична освіта*. (3). 30–34. Вилучено з <https://www.kadrovik01.com.ua/news>.
5. Біда, В. І., Дорошенко, О. М., Леоненко, П. В. та ін. (2015). Проблема перевірки якості підготовки фахівців, які навчаються на кафедрі ортопедичної стоматології, *Современная стоматология*. (2). 132–134.
6. Волосовець, Т. М., Дорошенко, О. М., Дорошенко, М. В. (2018). Сучасні виклики та вимоги щодо неперервного професійного розвитку лікарів-стоматологів, *Медична освіта*. (2(78)). 108–111.
7. Омеляненко, О. А., Біда, В. І., Дорошенко, О. М., Радько, В. І. та ін. (2015). Сучасні аспекти підготовки лікарів стоматологів – ортопедів у системі післядипломної освіти. Зб. наук. пр. спів роб. НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ: 645–648.
8. Doroshenko O. M., Sirenko O. F. (2017). Assessment of academic performance with learning monitoring system for licensing integrated exam preparation in specialty of dentistry, *Медична освіта*. (1). 52–55.

СОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ СТУПЕНЯ ДОКТОРА ФІЛОСОФІЇ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «СТОМАТОЛОГІЯ»

Дорошенко О.

Професор, директор Інституту стоматології

Павленко О.

Професор, завідувач кафедри

Волосовець Т.

Професор, професор кафедри

Дорошенко М.

Доцент кафедри

Кафедра стоматології, НМАПО імені

П. Л. Шупика, Україна

Висвітлені основні аспекти підготовки докторів філософії за спеціальністю 221 «Стоматологія» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» в НМАПО імені П. Л. Шупика за освітньо-науковою програмою (ОНП) «Стоматологія». Показано, що ОНП спрямована на формування індивідуальної освітньої траєкторії, відрізняється студентоцентризмом, спрямованістю на підвищення конкурентоздатності аспірантів Інституту стоматології на ринку освітніх і медичних послуг, наявністю можливостей для академічної свободи і мобільності; враховує кращі міжнародні зразки провідних університетів світу та досвід співпраці, забезпечує умови формування та розвитку професійних і наукових компетентностей здобувача, а отже оволодіння знаннями, навиками, необхідними для здійснення освітньо-наукової діяльності в стоматології.

Ключові слова: освітньо-наукова програма, аспіранти, індивідуальна освітня траєкторія, студентоцентризм.

Рівень професійної освіти лікарів-стоматологів є важливою складовою не тільки їх успішної діяльності, але і запорукою надання якісної допомоги населенню, адже захворюваність та поширеність патології твердих тканин зубів, ураження пародонтальних тканин та слизової оболонки ротової порожнини постійно зростає [1]. Низький рівень стоматологічного здоров'я населення негативно впливає на стан загального здоров'я, спричиняючи низку несприятливих медико-соціальних наслідків та негативно впливаючи на соціально-економічний стан країни у цілому. Триваюча реформа охорони здоров'я диктує нові

вимоги щодо післядипломної підготовки лікарів-стоматологів та підвищення їх фахової компетентності [2].

Актуальним у цьому плані є підготовка докторів філософії на третьому освітньо-науковому рівні за спеціальністю 221 «Стоматологія» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» в НМАПО імені П. Л. Шупика. Нормативний термін підготовки в аспірантурі за спеціальністю «Стоматологія» становить 4 роки. Форма навчання – очна (денна, вечірня) та заочна.

Метою навчання в аспірантурі є здобуття лікарями стоматологами теоретичних знань, умінь, навиків та інших компетентностей, достатніх для продукування нових ідей, розв'язання комплексних проблем у галузі стоматологічної та дослідницько-інноваційної діяльності, оволодіння методологією наукової та педагогічної діяльності, а також проведення власного наукового дослідження та захисту дисертаційного дослідження, результати якого мають наукову новизну, теоретичне та практичне значення.

Підготовка аспірантів здійснюється за освітньо-науковою програмою (ОНП) та навчальним планом, розробленими науково-педагогічними працівниками Інституту стоматології, що містять освітню та наукову складові і є основою для формування індивідуального навчального плану та індивідуального плану наукової роботи. ОНП відрізняється студентоцентризмом, спрямованістю на підвищення конкурентоздатності лікарів на ринку, наявністю можливостей для академічної мобільності.

ОНП «Стоматологія» складається з 53 кредитів і включає в себе обов'язкові (38 кредитів) та вибіркової (15 кредитів) компоненти. Серед обов'язкових компонентів здобувачі оволодівають: -загальнонауковими (філософськими) компетентностями (5 кредитів), - універсальними навиками дослідника (13 кредитів), -здобуття глибинних знань із стоматології (в тому числі педагогічний практикум) (12 кредитів); -набуття мовних компетентностей (8 кредитів).

Серед вибіркової компоненти (15 кредитів) є такі, що спрямовані на формування спеціальних компетентностей (цикли стажування, спеціалізації, тематичного удосконалення зі стоматології як складова індивідуального навчального плану) та ті, що спрямовані на набуття загальних компетентностей (доказова медицина, актуальні питання медичного права, логіка та методологія наукового дослідження та ін.). При цьому аспіранти мають право обирати навчальні дисципліни, що пропонуються для інших рівнів вищої освіти. Вибіркові дисципліни

надають можливість здобувачу здійснити поглиблену підготовку за спеціальністю, сприяти академічній мобільності та його особистим інтересам.

Тематика наукових досліджень спрямована на сприяння здатності інтегрувати знання та розв'язувати складні завдання в широких або мультидисциплінарних контекстах.

Навчання здобувачів включає лекційні, практичні, семінарські заняття, консультації, самостійну роботу, підготовку та проходження контрольних заходів, на які розподіляються кредити. Індивідуальний план визначає перелік нормативних дисциплін (максимально – 75 % від загального обсягу) та вибіркового дисциплін (не менше 25 %). Питома вага самостійної роботи аспірантів залежить від форми навчання: очна (денна) – 25-30 %, очна (вечірня) – 45-50 %, заочна – 75-80 %.

До процедур внутрішнього забезпечення якості ОНП залучені кафедри, що забезпечують викладання загальноосвітніх дисциплін: філософії, іноземних мов, медичної інформатики, педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права та інші. ОНП передбачає цикли професійної та практичної підготовки, що відбуваються на клінічних базах кафедр Інституту стоматології та в стоматологічному практично-навчальному медичному центрі НМАПО імені П. Л. Шупика. у фантомному класі Інституту стоматології відбувається відпрацювання всіх видів практичних навиків, необхідних для поглибленого вивчення профільної дисципліни. Передклінічна підготовка у фантомному класі дозволяє знизити стрес при виконанні самостійних маніпуляцій із індивідуальною корекцією викладачем та контролем правильності виконання за допомогою сучасних технологій.

Професійні питання ОНП передбачають вивчення функції щелепно-лицевої ділянки, її порушення та корекцію з метою відновлення повноцінної життєдіяльності відповідно до бажань і потреб людини; профілактику, діагностику та лікування стоматологічних захворювань; оцінку стоматологічне здоров'я, динамічне спостереження та диспансеризацію; розвиток теорії і практики профілактики, превентивної терапії, діагностики, лікування та реабілітаційних стратегій при захворюваннях щелепно-лицевої системи; розробку сучасних технологій, що сприяють збереженню та відновленню стоматологічного здоров'я.

В Інституті стоматології доступні всі форми інформальної освіти, в тому числі аспіранти залучені до діяльності наукових шкіл та є співвиконавцями

науково-дослідних робіт кафедр, беруть участь у майстер-класах та наукових конференціях, які організують кафедри Інституту стоматології та академії.

Програмні результати ОНП дозволяють успішно працювати в умовах об'ємного, часто високоспеціалізованого, медичного центру, проводити мультидисциплінарний підхід у веденні пацієнтів, брати участь у міжнародних рандомізованих контрольованих дослідженнях, засвоїти інноваційні технології та проводити доказові експериментальні та клінічні дослідження.

Моніторинг виконання дисертації проводиться за критерієм відповідності проведеного дослідження індивідуальному плану роботи здобувача 2 рази на рік із заслуховуванням на засіданні кафедри та вченої ради Інституту стоматології. у разі відповідності термінів виконання і обсягу виконаного дослідження кафедрою та вченою радою Інституту стоматології приймається рішення про продовження виконання роботи, а у разі порушення – питання щодо зняття виконання дисертації. Рішення щодо зняття з виконання роботи приймається вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика.

Дуже важливим є питання дотримання академічної доброчесності під час навчання та проведення наукового дослідження з метою забезпечення довіри до отриманих результатів. Виконана дисертаційна робота перевіряється із залученням спеціальних програм для ідентифікації текстових запозичень. Після проведення попередньої експертизи дисертації експертною проблемною комісією та міжкафедральним семінаром здійснюється атестація здобувачів спеціалізованою вченою радою, утвореною для проведення разового захисту. Обов'язковою умовою допуску для захисту є успішне виконання аспірантом його індивідуального навчального плану.

Надзвичайно важливим є те, що аспіранти входять до складу студентського самоврядування та товариства молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика, за відповідною квотою - до складу вченої ради Інституту стоматології та вченої ради академії і, відповідно, регулярно беруть участь у процесі періодичного перегляду ОНП.

Навчання в аспірантурі дозволяє підготувати спеціаліста, здатного розв'язувати комплексні проблеми в галузі стоматології, проводити оригінальне наукове дослідження, здійснювати дослідницько-інноваційну діяльність та забезпечує повноцінну підготовку здобувачів вищої освіти до професійної, практичної та викладацької діяльності.

Список використаних джерел

1. Volosovets, T. M., Doroshenko, O. M., Bakshutova, N. O., Pavlenko, M. O., Doroshenko, M.V. (2011). Udoskonalennia zasvoiennia praktychnykh navychok ta metodyk likariamy-internamy za spetsialnistiu "Stomatolohiia" – vazhlyva skladova formuvannia maibutnoho spetsialista [Improvement of practical skills acquisition and techni quesby interns in the specialty "Stomatology". *Problemy medychnoi nauky ta osvity, Problems of Medical Science and Education*, (2), 11–14 [in Ukrainian].

2. Pavlenko, O. M., Volosovets, T. M., Doroshenko, O. M., Doroshenko, M.V., Bakshutova, N. O. (2019). Osoblivosti vukladanna stomatologihnuh aspektiv infekciynuh zahvoryvan na zuklax tematuchnoho udoskonalennia likariv-stomatologiv, *Medychna osvita*, 85–87 [in Ukrainian].

ЗНАЧЕННЯ НОВИХ СТАНДАРТІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В УКРАЇНІ

Дуб Н.

кандидат наук з державного управління,
викладач

<https://orcid.org/0000000161939407>

Головчак М.

магістрантка

<https://orcid.org/0000000298906948>

**ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія
імені А. Крупинського», Україна**

Досліджено значення нових стандартів вищої медичної освіти в Україні, розглянуто умови в яких відбувається сучасна реформа освіти.

Ключові слова: стандарт вищої освіти, Науково-методична рада, Науково-методична комісія, реформа вищої освіти.

Якість підготовки медичних кадрів визначається якістю освітнього процесу, який реалізується в закладах медичної освіти.

Відповідно до пункту 23 статті 1 Закону України «Про вищу освіту», якість вищої освіти полягає у відповідності умов провадження освітньої діяльності та результатів навчання вимогам законодавства та стандартам

вищої освіти, професійним та/або міжнародним, потребам заінтересованих сторін і суспільства [1].

Законодавство трактує Стандарт вищої освіти як сукупність вимог до освітніх програм вищої освіти, які є спільними для всіх освітніх програм у межах певного рівня вищої освіти та спеціальності [1].

Стандарти вищої освіти розробляються відповідно до [Національної рамки кваліфікацій](#) в межах кожної спеціальності для кожного рівня вищої освіти. Призначенням Стандартів є визначення та оцінювання якості вищої освіти та результатів освітньої діяльності закладів вищої освіти (наукових установ), результатів навчання за відповідними спеціальностями [1].

З метою розвитку та реформування системи підготовки медичних кадрів в Україні, у 2015 році розпочався процес розробки нових стандартів вищої освіти.

Методологію, методичні рекомендації щодо стандартів освітньої діяльності та стандартів вищої освіти, розробляє Науково-методична рада, за участю Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти. Науково-методичні комісії, розробляють стандарти освітньої діяльності та стандарти вищої освіти [1].

Науково-методична рада у своїй діяльності керується Положенням про Науково-методичну раду Міністерства освіти і науки України, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 11.09.2015 року № 922 (у редакції наказу Міністерства освіти і науки України від 30.01.2020 р. № 110) [2].

Основними робочими органами секторів Науково-методичної ради є науково-методичні комісії (підкомісії), що формуються за галузями знань. у складі науково-методичних комісій формуються підкомісії за окремими спеціальностями.

До складу Науково-методичних комісій входять представники держави, роботодавців та їх об'єднань, закладів вищої освіти усіх форм власності, наукових установ, професійних асоціацій, міжнародних експертів [1].

До прикладу, чинна Науково-методична комісія 11 з охорони здоров'я та соціального забезпечення, членами якої є 70 фахівців з усієї України, включає 11 підкомісій [3].

З 2016 року Науково-методичної радою та Науково-методичною комісією 11 ведеться робота над розробкою стандартів вищої медичної освіти для 11-ти спеціальностей галузі знань 22 Охорона здоров'я усіх рівнів вищої освіти.

В Україні на сьогодні затверджено такі Стандарти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальностями: 223 Медсестринство, 224 Технології медичної діагностики та лікування, 227 Фізична терапія, ерготерапія, 229 Громадське здоров'я, 231 Соціальна робота, 232 Соціальне забезпечення. Також затверджено Стандарти другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальностями: 221 Стоматологія, 224 Технології медичної діагностики та лікування наказом, 229 Громадське здоров'я, 231 Соціальна робота, 232 Соціальне забезпечення [4].

Усі решту стандартів вищої освіти спеціальностей галузі 22 Охорона здоров'я ще потребують доопрацювання, рецензування та громадського обговорення.

У затверджених стандартах розкриті компетентності, якими повинні володіти здобувачі вищої освіти певної спеціальності певного освітнього ступеня, нормативний зміст підготовки здобувачів вищої освіти, сформульований у термінах результатів навчання, вимоги до системи внутрішнього забезпечення якості вищої освіти.

Висновки. Отже, стандарти вищої освіти відіграють ключову роль у підготовці медичних кадрів в Україні. Затвердження нових стандартів та розроблення проектів стандартів є найважливішим внеском у розвиток сучасної вищої медичної освіти.

Станом на сьогодні створена нормативна база, сформовані науково-методичні комісії, ведеться кропітка робота з розробки стандартів вищої освіти спеціальностей галузі знань 22 Охорона здоров'я, що сприятиме покращенню надання освітніх послуг здобувачам вищої медичної освіти в Україні. Ефективне і правильне використання системних підходів до формування стандартів вищої освіти гарантує підвищення рівня якості освіти в Україні, а також наближення її до потреб суспільства та ринку праці.

Список використаних джерел

1. *Про вищу освіту* (Закон України) № 37-38, (2014). Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text>
2. *Про Науково-методичну раду МОН України* (у редакції наказу Міністерства освіти і науки України від 30.01.2020 р. № 110) (Наказ Міністерства освіти і науки України) № 922 від 11.09.2015 року. Вилучено

з <https://mon.gov.ua/ua/osvita/visha-osvita/naukovo-metodichna-rada-ministerstva-osviti-i-nauki-ukrayini>.

3. Про персональний склад Науково-методичних комісій (підкомісій) сектору вищої Освіти Науково-методичної ради МОН (Наказ Міністерства освіти і науки України) № 582 від 25.04.2019 року Вилучено з <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-personalnij-sklad-naukovo-metodichnih-komisij-pidkomisij-sektoru-vishoyi-osviti-naukovo-metodichnoyi-radi-mon>

4. Затверджені стандарти вищої освіти. Вилучено з <https://mon.gov.ua/ua/osvita/visha-osvita/naukovo-metodichna-rada-ministerstva-osviti-i-nauki-ukrayini/zatverdzeni-standarti-vishoyi-osviti>

КРИВА НАВЧАННЯ ЕНДОУРОЛОГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ

Федорук О.

Зайцев В.

Ілюк І.

Владиченко К.

Степан В.

Візнюк В.

Широкий В.

кафедра урології та нейрохірургії, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

<https://orcid.org/0000-0001-5523-8735>

Навчання ендоурологічних маніпуляцій включає в себе кілька послідовних етапів. Щоб досягнути експертного рівня необхідно послідовно проходити ці етапи. Однією з перешкод на цьому шляху є вплив ефекту Даннінга – Крюгера – когнітивне спотворення, яке полягає в тому, що «люди, які мають низький рівень кваліфікації, роблять помилкові висновки і приймають невдалі рішення, але не здатні усвідомлювати свої помилки внаслідок свого низького рівня кваліфікації». Розуміння впливу цих ефектів під час навчання лікарів-інтернів і курсантів дасть змогу більш якісно та адекватно проводити підготовку й оцінювати компетентність володіння навичками ендоурологічних оперативних втручань.

Ключові слова: ендouroлогія, крива навчання, ефект Даннінга – Крюгера.

Із появою новітніх урологічних технік і маніпуляцій постає питання можливості швидкого опанування та відтворення цієї методики. Навчання ендouroлогічних маніпуляцій включає в себе кілька послідовних етапів. Спочатку опанування теоретичних даних про оперативне втручання та технічних характеристик обладнання, яке буде використовуватися. Другим етапом проводиться навчання на спеціальних тренажерах, які дозволяють імітувати дії лікаря під час ендouroлогічного втручання. На практиці другий та третій етапи (спостереження за ментором, який виконує та пояснює хід операції) поєднуються. Під час наступного етапу лікарі під контролем ментора виконують певну частину ендouroлогічного втручання. і заключний етап – самостійне виконання операції. у подальшому лікар прагне досягнути рівня експерта з цього втручання. Швидкість опанування ендouroлогічних втручань можна виміряти, використовуючи середні дані кривої навчання.

Прийнято вважати, що першу в психології навчання криву взаємозв'язку створив наприкінці XIX ст. німецький психолог Г. Еббінгауз, наочно показавши, як відбувається процес забування вивченого матеріалу впродовж часу. Відтоді криві почали дедалі ширше застосовуватися для опису педагогічних залежностей (зв'язків), отримавши загальну назву кривих навчання.

У цей час провідні виробники медичного обладнання запровадили в маркетингову політику термін крива навчання. Під час продажу ендouroлогічного обладнання часто використовують середньостатистичні дані кількості втручань, необхідних для впевненого опанування методикою.

Одним із важливих аспектів у роботі ментора є контроль компетенції та кваліфікації лікаря під час навчання ендouroлогічних маніпуляцій. Не всі курсанти можуть адекватно визначати свій рівень та етап кривої навчання, на якому вони перебувають. Ментору доцільно використовувати в своїй педагогічній практиці прикладні дані з описаного ефекту Даннінга – Крюгера.

Ефект Даннінга – Крюгера – когнітивне спотворення, яке полягає в тому, що «люди, які мають низький рівень кваліфікації, роблять помилкові висновки і приймають невдалі рішення, але не здатні усвідомлювати свої помилки внаслідок свого низького рівня кваліфікації».

Це призводить до виникнення у них завищених уявлень про власні здібності, в той час як справді висококваліфіковані люди, навпаки, схильні занижувати свої здібності і страждати недостатньою впевненістю у своїх силах, вважаючи інших компетентнішими. Отже, менш компетентні люди загалом мають більш високу думку про власні здібності, ніж це властиво людям компетентним, які до того ж схильні припускати, що оточення оцінює їхні здібності так само низько, як і вони самі.

Гіпотеза про існування подібного феномена була висунута в 1999 році Джастіном Крюгером і Девідом Даннінгом, які при цьому посилалися на висловлювання Чарльза Дарвіна («Невігластво частіше народжує впевненість, ніж знання») і Бертрана Рассела («Одна з неприємних властивостей нашого часу полягає в тому, що ті, хто відчуває впевненість, дурні, а ті, хто володіє хоч якимось уявою і розумінням, сповнені сумнівів і нерішучості»). Для перевірки висунутої гіпотези Крюгер та Даннінг провели серію експериментів за участю студентів – слухачів курсів з психології в Корнельському університеті. При цьому вони виходили з результатів досліджень своїх попередників, які продемонстрували, що некомпетентність багато в чому виникає через незнання основ тієї чи іншої діяльності, будь то розуміння прочитаного, керування автомобілем, гра в шахи, гра в теніс і т. п. Дослідники висунули гіпотезу, що для людей з низькою кваліфікацією в будь-якому виді діяльності характерно таке: 1) вони схильні переоцінювати власні вміння; 2) вони не здатні адекватно оцінювати справді високий рівень умінь в інших; 3) вони не здатні усвідомлювати всю глибину своєї некомпетентності; 4) у разі, якщо рівень цих умінь вдається значно підвищити, у них з'являється здатність усвідомити рівень своєї колишньої некомпетентності. Результати експериментів, які підтвердили висунуту гіпотезу, були опубліковані в англ. Journal of Personality and Social Psychology в грудні 1999 року.

Висновки. Розуміння впливу цих ефектів під час навчання лікарів-інтернів і курсантів дасть змогу більш якісно та адекватно проводити підготовку й оцінювати компетентність володіння навичками ендouroлогічних оперативних втручань.

ЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ СИСТЕМНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ФАХІВЦІВ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Голованова І.

Завідувач кафедри

<http://orcid.org/0000-0002-8114-8319>

Белікова І.

Доцент кафедри

<https://orcid.org/0000-0002-0104-3083>

Ляхова Н.

Викладач кафедри

<https://orcid.org/0000-0003-0503-9935>

*Кафедра соціальної медицини,
громадського здоров'я, організації та
економіки охорони здоров'я з лікарсько-
трудовою експертизою Української
медичної стоматологічної академії,
Полтава, Україна*

В умовах сучасних економічних відносин, розвитку різних форм господарювання, впровадження новітніх інформаційних технологій виникає потреба відповідного кадрового забезпечення, значного підвищення рівня професійної підготовки фахівців, уміння виконувати професійні обов'язки на конкретному робочому місці, швидко знаходити необхідну інформацію і приймати відповідні рішення. Тому проблема оптимізації професійної підготовки фахівців у системі вищої освіти є на сьогодні однією з актуальних. Автори обґрунтовують думку, що головним завданням у підготовці майбутнього фахівця є формування професійних компетенцій.

Ключові слова: компетенції фахівця, наукове пізнання, системний аналіз.

Сучасний лікар – це людина, яка володіє знаннями, вміннями і навичками в професійній сфері, здатна ефективно діяти в складних, нестандартних ситуаціях, самостійно приймати рішення, творчо розвиватися і самовдосконалюватися. Ці та інші професійно важливі

властивості та особистісні якості визначають фахову компетентність спеціаліста. в основі концепції професійної компетентності лежить ідея виховання компетентного працівника, який не лише має необхідні знання, професіоналізм, але й уміє діяти адекватно у відповідних ситуаціях, застосовуючи ці знання, й бере на себе відповідальність за певну діяльність. в умовах конкуренції основними пріоритетами фахівця стосовно професійної компетентності з'являються вміння пристосовуватися до швидких змін і нових потреб ринку праці, бути освіченим щодо інформації, уміти її аналізувати, активно діяти, швидко приймати рішення й навчатися упродовж всього життя [1]. На думку Г. Балла, професійна компетентність - це володіння системою знань, умінь і навичок, достатніх для успішного розв'язання того кола трудових завдань, яке відповідає поточним і передбачуваним на найближче майбутнє функціональним обов'язкам працівника [2]. Професійна компетентність фахівця містить певні складові, визначаючи таким чином модель компетентності: теоретичні знання, навички та їх практичне застосування, здатність до ефективної соціальної взаємодії і ефективного спілкування, здатність самостійно розв'язувати проблеми, здатність організувати свою роботу, особистісна компетентність, реальна самооцінка, відповідальність, культура праці, здатність до соціальної та професійної адаптації, саморозвиток, самонавчання тощо [3].

Формування свідомості сучасного лікаря відбувається під впливом багатьох факторів. Процес пізнання - це важлива функція свідомості. Вищим рівнем пізнавальної діяльності майбутнього фахівця є наукове пізнання, що становить складний суперечливий процес відтворення знань, цілісну систему понять, гіпотез, законів, теорій та інших ідеальних форм пізнання, закріплених у природних і штучних мовах (математичній символіці, хімічних формулах та ін.). Його основне завдання полягає у виявленні об'єктивних законів розвитку природи, суспільства, мислення, самого пізнання; мета і загальнолюдська цінність - у досягненні об'єктивної істини; життєвий сенс закріплений у формулі: "Знати, щоб передбачати; передбачати, щоб практично діяти тепер і в майбутньому". Наукове пізнання - невпинний процес постановки і вирішення все нових і нових проблем. Для його учасників характерні логіко-методологічна підготовка, філософська культура, здатність до постійного вдосконалення свого мислення, гносеологічних умінь і навичок [4].

Зазвичай загальнонаукові методи об'єднують у три групи: до першої належать методи емпіричного пізнання (спостереження, порівняння,

експеримент), до другої – методи теоретичного пізнання (ідеалізація, формалізація тощо), до третьої - загальнонаукові методи, які застосовуються як у емпіричному, так і в теоретичному пізнанні (аналіз і синтез, індукція і дедукція, моделювання).

Методи наукового пізнання нерозривно пов'язані з підходами, серед яких особливе місце посідає системний, що є основою для вивчення будь-якої системи. Сутність системного підходу полягає в тому, що явища і процеси, які відбуваються в природі та суспільстві, речі та предмети розглядаються як цілісні системи, які складаються з підсистем і певного набору елементів. Велика кількість елементів, які перебувають у певних зв'язках між собою, будують цілісність. На основі системного підходу будується загальновідомий метод системного аналізу, який є методом наукового аналізу, методом вирішення проблем, та має практичне спрямування [5]. Саме усвідомлене використання системного аналізу здатне закласти основу свідомого розуміння процесів від діагностичного і лікувального до організаційного й управлінського. Не викликає сумніву, що саме діагностичний процес і є процесом пізнання, який відображає аналітичну і синтетичну діяльність лікаря.

Одним із важливих методів системного аналізу є моделювання. Моделювання – це провідний метод пізнання для таких об'єктів, які неможливо вивчати в натуральну величину. Модель будується як уявлення про досліджувану систему, яка зберегла головні риси. Зазвичай до логічної послідовності процесу моделювання включають такі етапи: постановка задачі, вибір моделі, дослідження моделі, екстраполяція отриманих даних на оригінал.

Використання системного аналізу має сенс у таких ситуаціях: 1) проблема не може бути вирішена миттєво, тобто має місце велика початкова невизначеність проблемної ситуації; 2) необхідне поєднання фахівців різних профілів із метою організації процесу колективного прийняття рішення; Інноваційні технології в організації самостійної роботи студентів медичних освітніх закладів; 3) є потреба в розробці методології, що визначає послідовність етапів проведення аналізу та методів їх виконання із застосуванням знань фахівців різних спеціальностей; 4) робота з цілями (структуризація, вироблення методик). Зазвичай у сфері охорони здоров'я використовують поняття двох видів систем: соціально-економічна і соціальна. Вони відрізняються за своїм функціональним призначенням. у даному аспекті ці два поняття можна об'єднати в одну назву - організаційна система. з точки зору управління, організаційна

система поділяється на систему технологічного управління й організаційного управління [6]. Системи технологічного управління застосовуються для реалізації виробництва певного продукту (інформації, послуги тощо). Прикладом систем організаційного управління в охороні здоров'я є територіальні органи влади.

Системний аналіз є одним із методів соціальної медицини. Зрозуміло, що ефективність діяльності охорони здоров'я забезпечується досягненням певного результату функціонування системи з раціональним використанням кадрових, матеріальних і фінансових ресурсів. Саме застосування методів системного аналізу дає змогу усвідомити функціонування системи в цілому і визначити проблеми з метою їх вирішення.

Таким чином, охорона здоров'я є складною суспільною динамічною та функціональною системою, яку суспільство створює і використовує для охорони й покращення здоров'я населення. Сучасний лікар має орієнтуватися у великому обсязі методологічних засобів, а також використовувати методи системного аналізу з метою формування професійних компетенцій.

Список використаних джерел

1. Taranenko, I. (2000). Development of life competence and social integration: the experience of European countries. In: H. Yermakova (Ed.), *Steps to competence and integration in society* (172–189). Kyiv: Kontekst.
2. Ball, H. O. (1994). About psychological bases of formation of readiness for professional work. In: A. Ziaziun (Ed.), *Psychological and pedagogical problems of vocational education* (48–56). Kyiv.
3. Kovalchuk, H. O. (2015). Knowledge management as a component of the quality of vocational training in the system of socio-economic security of the local environment. *Vyshcha osvita*, (4–5), 20–37.
4. Voronenko, Yu. V., Mintser, O. P. (2011). Continuous professional development of doctors and pharmacists – new principles of system construction. *Medychna osvita*, (2) 41–44.
5. Kozlov, V. N. (2016). System analysis, optimization and decision making. Moscow: Prospekt.
6. Horachuk, V. V. (2014). Analysis of the result of self-assessment of the quality management system of medical care in Chernihiv Regional Children's Hospital. *Visnyk problem biolohii medytsyny*, (3, 1 (110), 78–82.

НОВІ НАПРЯМКИ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ З МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ ВІДПОВІДНО ДО МІЖНАРОДНИХ ВИМОГ

Іващенко О.

Доцент

Вербицький І.

Доцент

Крамарева О.

Доцент

**Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Україна, Київ**

Проаналізовано вимоги та перспективи підготовки лікарів згідно нової Концепції професійного ліцензування лікарів.

Ключові слова: медицина невідкладних станів, післядипломна освіта, нові напрямки розвитку.

Мета. Виявити основні зміни в післядипломній підготовці лікарів з медицини невідкладних станів після затвердження КПЛЛ.

Матеріали і методи. Аналіз та порівняння післядипломної підготовки лікарів з медицини невідкладних станів: сучасний стан та перспективи, що пропонує проект КПЛЛ.

Результати та обговорення. Одним із проектів Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, спрямованих на покращення якості, є розроблена МОЗ Концепція професійного ліцензування лікарів (КПЛЛ) [1]. МОЗ України виділяє такі причини низької якості медичної допомоги: 1. погане технічне оснащення закладів охорони здоров'я; 2. недостатній рівень доступності лікарської допомоги; 3. недостатній рівень доступності медикаментів; 4. низька мотивація медичного персоналу надавати якісні медичні послуги; 5. низький професійний рівень певної частини медичного персоналу; 6. безвідповідальність непрофесійного медичного персоналу за завдану шкоду внаслідок надання неякісної медичної допомоги. Для підвищення професійного рівня лікарів і був запропонований проект КПЛЛ. Цілі впровадження КПЛЛ – забезпечення постійного навчання лікарів та залежність права практикувати від такого постійного навчання.

Основні зміни в новій моделі післядипломної підготовки лікарів з медицини невідкладних станів наступні: для отримання спеціалізації, крім інтернатури (первинної спеціалізації) та складання іспиту "Крок 3", додається резидентура (строк визначатиме МОЗ); здійснення лікарями безперервного професійного розвитку (БПР) з формуванням власної індивідуальної освітньої траєкторії та отриманням балів (мінімальна кількість балів БПР буде встановлюватися МОЗ); впровадження

обмеженої (під час резидентури, що діє тільки на місці її проходження) та повної ліцензії на лікарську практику (будуть видаватися МОЗ).

Висновки. Впровадження нової моделі післядипломної підготовки лікарів з медицини невідкладних станів у вигляді КПЛЛ дозволить підвищити якість надання медичної допомоги відповідно до міжнародних вимог.

Список використаних джерел

1. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020 (Національний план дій з реформування, проголошений Указом Президента України) №5/2015 від 12 січня 2015 року (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України) № 26-VIII від 11 грудня 2014 року (2014). Київ.

АКТУАЛЬНІ ВЕКТОРИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Івнєв Б.

*д.мед.н., професор, ректор
ПВНЗ «Київський медичний
університет», Україна*

Осокіна О.

*д.мед.н., професор, проректор з
науково-педагогічної роботи та
навчально-методичної роботи
ПВНЗ «Київський медичний
університет»,
Україна*

<https://orcid.org/0000-0002-6985-0092>

Кабанцева А.

*к. психол.н., доцент кафедри психіатрії,
психотерапії, наркології і медичної
психології*

*Донецький національний медичний
університет МОЗ України, Україна*

<https://orcid.org/0000-0001-7678-6052>

Представлено досвід дистанційного навчання у закладі вищої освіти під час всевітнього карантину. Визначені актуальні проблеми, з якими стикалися суб'єкти освітнього процесу (організаційні, компетентнісні, навчально-методичні, особистісно-характерологічні), представлено ефективні шляхи їх подолання та визначені вектори удосконалення дистанційного навчання.

Ключові слова: безперервна освіта, лікарі, слухачі, освітній простір, COVID-19, карантин, інформаційні технології.

Сучасні реформи підготовки і перепідготовки лікарів вимагають від останніх постійного удосконалення своїх знань, умінь, професійних компетенцій. Особливо гостро стала ця проблема під час впровадження карантину, коли всі навчальні заклади вимушені були зробити перезавантаження освітньої системи, що стала пусковим механізмом для обов'язкової організації дистанційної системи навчання.

Мета роботи: проаналізувати досвід дистанційної освіти під час карантинного періоду, систематизувати актуальні проблеми та визначити актуальні вектори удосконалення дистанційного навчання.

Виклад основного матеріалу. Під час всевітнього карантину щодо зменшення поширеності вірусу COVID-19 освітній процес післядипломної освіти лікарів деякий час був паралізований. Це стало новим випробуванням для педагогів, слухачів, і вишив в цілому. Нагальним стало питання впровадження вимушеного дистанційного навчання, що викликало ряд проблем.

На основі досвіду викладання циклу спеціалізації «Медична психологія» для лікарів-слухачів післядипломної освіти виявлені та систематизовані у групи проблеми а наступними категоріями:

Організаційні проблеми (вид і форма навчання під час повної ізоляції): нерозуміння тактики дій на фоні інформаційно-психологічного хаосу суспільства і реальних/уявних зовнішніх загроз, а також відсутністю інформаційно-технічного забезпечення щодо реалізації дієвого освітнього процесу.

Компетентнісні проблеми: низька цифрова грамотність, пасивна обізнаність у використанні сучасного інформаційно-технічного інструментарію учасників освітнього середовища.

Навчально-методичні проблеми: часткова забезпеченість матеріалу за фахом у електронному вигляді; велика затрата часових ресурсів у підготовці медійних навчально-методичних джерел.

Особистісно-характерологічні проблеми: низька вмотивованість, пасивність до інновацій, вікові особливості. Слухачі, які звикли до традиційного типу навчання, мали суттєвий опір щодо опанування дистанційним навчанням і застосування широкого спектру його можливостей. Особливо це стосувалося осіб старшої вікової категорії, цифрова грамотність яких була дуже обмеженою.

Проблеми першої категорії потребують вирішення на рівні адміністрації вишу, тобто прийняття управлінських рішень, а саме переведення освітнього процесу на дистанційне навчання (вибір інформаційного забезпечення та інструментарію для реалізації останнього).

Виходячи з нашого досвіду, цілком успішним стало використання веб-ресурс Google Classroom. Дана платформа має широку варіативність змісту інтерфейсу, дає достатньо великі можливості користувачу, легка у застосуванні. При цьому важливим є створення персональних корпоративних доменів всіх учасників освітнього процесу; організація навчання цифровій грамотності викладачів і слухачів; розроблення максимально деталізованої інструкції для викладачів і слухачів щодо використання інструментарію обраної веб-платформи; проведення інструктажу з професорсько-викладацьким складом щодо використання інформаційно-комп'ютерних технологій; організація підтримки постійно діючих інформаційно-консультативних співтовариств для викладачів і слухачів у наданні технічної допомоги використанню інформаційного інструментарію.

Для підвищення цифрової компетентності суб'єктів вищої освіти доцільно провести дистанційне навчання, що може бути реалізовано як за допомогою державних програм, так і приватних проектів. у нашому випадку дієвим стало застосування проекту Міністерства цифрової трансформації України «Дія. Цифрова освіта», що спрямована на отримання, користувачами базових цифрових навичок, підвищення цифрової грамотності з метою повноцінного застосування онлайн-інструментів у освітньому процесі, що робить його більш ефективним.

Вирішення проблем навчально-методичного забезпечення потребують розв'язання на рівні кафедри. Тобто доцільно створити робочу групу щодо здійснення методичного супроводу викладачів під час карантину. Одною з гострих проблем, що склалися у викладачів, це обмаль часу для підготовки навчальних матеріалів. Велику кількість матеріалу потрібно було трансформувати у електронний варіант. Покрокове формування електронної навчальної бази і використання онлайн-інструментів (Google-документ, Google-таблиця, Google-презентація, Google-форми та інш.) значно полегшили цей процес.

Розв'язання проблем особистісно-характерологічного напрямку відбувається безпосередньо у системі «викладач-слухач». і в першу чергу, у цьому велика роль надається мотиваційному компоненту як викладача,

так і слухача. Тобто наскільки один суб'єкт має бажання навчити, а інший – навчитися, не дивлячись на всі перепони, що існують.

Під час проходження лікарями спеціалізації з циклу «Медична психологія» у категорії осіб старшого віку переважав страх використання інформаційно-комунікаційних технологій, онлайн-ресурсів, зневіра у себе, паніка, жах, істеричні прояви, навіть відмова від продовження навчання. а тому, щоб побудувати взаємодію таким чином, щоб вона стала продуктивною і високоефективною для слухачів та педагогів потрібна покрокова діяльність з боку викладача, а саме:

- з метою зменшення емоційної реакції щодо впровадження нової форми навчання доцільно викладачеві особисто оповістити слухачів про перехід на дистанційне навчання та завірити, що разом усі складності, які можуть виникнути, будуть здолані;

- задля зниження паніки серед слухачів потрібно постійно інформувати про ситуацію, що складається навколо навчального процесу. Для цього може бути сформована група (співтовариство) у соцмережі чи будь-якому месенджері. Це є зручним у роботі та економить час щодо інформованості кожної особи окремо;

- для розуміння того, до чого потрібно бути готовим слухачам варто ознайомити їх із формами і видами роботи, що будуть використовуватися на протязі освітнього часу;

- з метою ефективного використання різноманітного онлайн-інструментарію доречно провести екскурс щодо можливостей застосування навчальної платформи, онлайн-інструментів і таке інше;

- для зниження психологічного дискомфорту і підвищення самооцінки слухачів важливо надати консультацію щодо реєстрації на платформі та на власному прикладі продемонструвати саму цю процедуру;

- обов'язково допомогти слухачам скласти індивідуальний план їхньої освітньої діяльності;

- для покращення освітнього процесу і розуміння психологічного комфорту слухачів буде не зайвим періодично проводити опитування (анкетування) останніх, що надасть змогу проводити моніторинг та корегувати освітній процес.

Отже, раптова дистанційна освіта стала новим випробуванням, але це сформувало поле для реалізації нових можливостей, зокрема, нових підходів до організації освітнього простору, застосування сучасних

інноваційних форм і методів навчання, робити звичайні заняття неординарними, інтегрованими, цікавими і інформативними.

Висновки. Використання методів дистанційної освіти навряд чи зможе коли-небудь замінити стаціонарну освіту майбутніх фахівців, особливо лікарів, але це є гарною альтернативою для безперервної освіти. Така форма навчання дозволяє отримувати якісну освіту у віддалених межах, навчатися без відриву від виконання професійних обов'язків, також навчати осіб, які потребують особливих освітніх потреб (мають фізичні вади і психологічний дискомфорт через останнє), суттєво знизити часові і грошові витрати на транспорт і дорогу. Реалізація сучасних засобів інформаційних комунікацій дозволяє отримувати високоякісну, з помірними фінансово-економічними витратами, взаємодію між викладачами і здобувачами освіти, які можуть знаходитися на сотнях кілометрах один від одного.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

Павленко С.

Доцент, завідувач кафедри

Пелипенко О.

Доцент кафедри

Півень Ю.

Асистент кафедри

Ковальов О.

Асистент кафедри

Кафедра дитячої хірургії

з травматологією та ортопедією,

Українська медична стоматологічна

академія, Україна

Розглянуті питання якості викладання травматології та ортопедії на додипломному та післядипломному етапі на сучасному етапі реформування, критерії якості навчання.

Ключові слова: травматологія, ортопедія, критерії оцінки, інтернет, дистанційне навчання.

У системі вищої освіти України за останні роки відбулися кардинальні зміни. Вони були обумовлені новими державними, соціально-

економічними, політичними, суспільними, міжнародними пріоритетами країни. Вища освіта переорієнтована на світові стандарти. і тому перед вищою школою ставляться надзвичайно складні завдання щодо інтенсифікації навчально-виховного процесу, запровадження індивідуальних та диференційованих підходів до його удосконалення, підвищення якості підготовки молодих фахівців з метою покращення медичної допомоги населенню України.

Реформування в системі охорони здоров'я пред'являє нові вимоги до системи медичної освіти. Медична освіта – процес постійний і безперервний.

Травматологія та ортопедія – надзвичайно важливі для населення галузі медицини. Щороку в Україні зростає кількість пацієнтів, що отримують різні травми, питома вага смертності від нещасних випадків та травм має тенденцію до збільшення. Крім того первинна інвалідність від переломів кісток в Україні у загальній структурі інвалідності працездатного населення займає друге місце та становить 13% [1]. Збільшилась кількість вад опорно-рухового апарату як вроджених, так і набутих серед різних вікових груп населення. в зв'язку з цим зростає потреба у кваліфікованих кадрах, освіта яких базується на сучасних знаннях та вміннях, в лікарях які зможуть надати якісну, високопрофесійну допомогу [2].

Ефективність навчання залежить від взаємодії кафедри та студента, інтерна, курсанта. Ця взаємодія повинна забезпечити, з одного боку, відповідний рівень підготовки слухачів (студентів, інтернів, курсантів), а з другого – постійне вдосконалення як форм і методів викладання дисципліни, так і педагогічної майстерності кожного викладача. Ця взаємодія повинна ґрунтуватися не тільки на контролі успішності, а й водночас бути спрямованою на її корекцію, забезпечувати індивідуальний підхід, об'єктивність до кожного, хто вивчає травматологію та ортопедію, а також мати позитивний зворотній зв'язок.

Процес вивчення дисципліни «травматологія та ортопедія», базується згідно Галузевих стандартів, на результатах оцінок професійної компетентності вивчених дисциплін; визначає тактику ведення пацієнтів з травмами та найбільш поширеними ортопедичними захворюваннями опорно-рухового апарата; демонструє володіння методами профілактики травматизму та ортопедичних захворювань; формує комплекс знань і умінь, що складає практичну компетентність майбутніх лікарів, що дозволить проводити диференційну діагностику травматичних

ушкоджень опорно-рухового апарата, встановлювати попередній діагноз при травмах та найбільш поширених ортопедичних захворюваннях; прививає навички діагностики невідкладних станів при травмах опорно-рухового апарата та наданні екстреної медичної допомоги; пояснює принципи відновного лікування та реабілітації хворих з ураженням опорно-рухового апарата.

Реалізація цих завдань забезпечується лекційним курсом, практичними заняттями, семінарами, самостійною роботою студентів та інтернів. Що ж в цьому нового? Поєднання традиційної освіти з сучасними методами навчання. Інформаційно-комунікаційні технології займають сьогодні особливе місце.

Лекційний матеріал викладається в мультимедійному варіанті, який переведений на DVD-носії, що дозволяє слухачам всіх фахів окрім прослуховування, працювати з матеріалом індивідуально в зручний для них час.

Закріплення теоретичних знань відбувається на практичних заняттях. Для покращання засвоєння теоретичних знань та посилення їх зв'язку з практикою на кафедрі створені і використовуються тестові завдання, ситуаційні задачі, як в комп'ютерному, так і в текстовому варіантах.

Розгорнута ситуаційна задача, яка повністю імітує клінічний випадок, а студенти, інтерни, курсанти повинні виконати усі дії лікаря – від встановлення попереднього діагнозу до призначення лікування, реабілітації, безумовно перевіряє всі рівні навчання.

Самостійна робота студентів має велике значення. Основна мета самостійної роботи – максимально наблизити заняття до реальної практичної ситуації в лікарській діяльності. На нашу думку, особливу увагу необхідно приділити і різним формам контролю за самостійною роботою. Для деяких студентів без належного контролю цей вид опрацювання втрачає своє значення. Оцінка знань проводиться на підсумкових заняттях. Досвід показує, що педагогічний контроль ефективний при використанні об'єктивних стандартизованих тестів.

Аспекти самостійної позааудиторної роботи студентів були б висвітлені, з нашої точки зору, не повністю, якби ми не торкнулися самостійної роботи студентів біля ліжка хворого. Ідеальним варіантом постановки задач професійного тренінгу є реальний пацієнт. Адже вміння спілкуватися з хворим, деонтологічні аспекти, оволодіння практичними навичками обстеження пацієнта формується під час безпосереднього контакту «студент-хворий». На жаль, в Україні майже відсутні

університетські клініки, де студенти мали б більше можливостей спілкування з пацієнтами, оволодіння практичними навичками, відвідувань операційних, перев'язочних, маніпуляційних, що значно покращало б їх професійний рівень.

Важливу роль для студентів відіграє студентський гурток. На засіданнях розглядаються теми, які не входять до навчальної програми, цікаві клінічні випадки, навчаються розумітися на додаткових методах діагностики, розробляються наукові проблеми, що дозволяє їм приймати участь у студентських конференціях, а в подальшому займатися науковою діяльністю на більш високому професійному рівні.

На етапі післядипломної освіти навчання проходить згідно сучасних програм на різних базах. Така базова структура дає можливість досить повного та всебічного опанування практичними навичками. Якісна післядипломна освіта – це якісна медична допомога.

Невід'ємною частиною у формуванні фахівця є нічні чергування в лікарні де доводиться вирішувати інколи, неординарні ситуації. Ще одна з активних форм навчання, яка найбільш наближена до практичної діяльності лікаря це клінічний розгляд хворих. Готуючись до них, лікар-інтерн вчиться вирішувати складні клінічні завдання: правильно і своєчасно поставити діагноз, оцінити стан хворого, призначити додаткове обстеження, скласти адекватний план лікування, провести заходи щодо реабілітації та профілактики, спрогнозувати ускладнення.

Теоретичні заняття на факультеті післядипломної освіти в більшості проводяться у вигляді співбесіди, на семінари лікарі-інтерни готують тематичні презентації. Це дає змогу формувати клінічне мислення майбутнього фахівця, знаходити правильні, логічно обґрунтовані рішення діагностики та лікуванні кожного конкретного пацієнта.

Підвищення рівня підготовки лікарів, який би відповідав кваліфікаційній характеристиці фахівця стає неможливим без впровадження в навчальний процес комп'ютерних технологій. Сьогодні ми не уявляємо наше життя без інтернету, можливості якого майже не обмежені. Використовуючи ці технології з приводу багатьох питань – і навчальних, і лікувальних: можна знайти відповідь на запитання по темі, можна на відстані проконсультуватися з більш досвідченими фахівцями, можна за допомогою комп'ютерної програми розглянути результати комп'ютерних досліджень. а знання іноземної мови дозволяє не тільки працювати з літературою за фахом, а й бути учасником консультацій провідних світових фахівців, конференцій, навчальних програм, які

відбуваються поза межами України. Все це піднімає рівень підготовки фахівців на більш вищу сходинку. Дає можливість всебічному розвитку майбутнього лікаря, коли студент, лікар-інтерн, курсант є не пасивним виконавцем, а безпосереднім учасником освітнього процесу.

Враховуючи все вище означене, можна сказати, що поєднання традиційних методів підготовки майбутніх лікарів з сучасними технологіями, знання іноземної мови, адаптоване дистанційне навчання, участь у Міжнародних навчальних програмах сприяє підвищенню їх професійної кваліфікації на рівень, який би відповідав сучасності. Для того, щоб більш якісно готувати лікарів для практичної роботи, необхідно мати критерії оцінки якості їх підготовки, які повинні охоплювати всі аспекти діяльності лікаря, бути об'єктивними і універсальними.

Реформи вищої медичної освіти повинні відбуватися (створення Університетських клінік, можливість навчання по обміну за міжнародними стандартами, підвищення мотивації майбутніх лікарів тощо), але повинні бути виважені, чітко продумані і сформульовані.

Список використаних джерел

1. Гайко, Г. В., Страфун, С. С., Калашніков, А. В., Деркач, Р. В. (2013). Шляхи удосконалення травматологічної допомоги в Україні, XVI з'їзд ортопедів-травматологів України, Харків.

2. Підготовка медичних кадрів у сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України. (2017). Тези доповідей навчально-методичної конференції. Вінниця.

РОЛЬ СОЦІОГУМАНІТАРНИХ НАУК В ЕПОХУ БІМЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Поцулко О.

*кандидат історичних наук, доцент,
доцент кафедри мовних та гуманітарних
дисциплін № 1*

**Донецький національний медичний
університет, м. Лиман, Україна**

<https://orcid.org/0000-0002-6797-9992>

XXI століття істотно змінило роль біомедичних технологій в житті суспільства. Якщо колись ці технології перебували, образно кажучи, на периферії загальносоціального розвитку, не були визначальними, то

тепер спостерігаємо протилежну тенденцію – прогрес медичної науки і техніки безпосередньо і багатогранно впливає на життя кожного з нас, об'єктивно сприяючи постійному оновленню різних сторін дійсності. Обидва ці феномени – медична наука і техніка – набули такої соціальної важливості, що не брати їх до уваги, аналізуючи розвиток суспільства та його перспективи, просто неможливо. і в цьому процесі важливу роль відіграють саме соціогуманітарні науки.

Ключові слова: соціогуманітарні науки, біомедичні технології, наука, експертиза, свідомість, суспільство.

Уявлення, що існують в умах людей про ті чи інші галузі наукового знання, є особливою частиною суспільної свідомості: з одного боку, вони є (нехай і опосередковано) похідними наукового пізнання, а з іншого боку – це вже область буденної свідомості з властивими останній спотвореннями, спрощеннями і огрубіннями. Вивчення цього явища є досить актуальним в світлі зміни ролі окремої людини в просторі наукомістких технологій, які з кожним роком все ширше впроваджуються в життя.

Підвищення значущості соціогуманітарних знань і практик обумовлено не тільки змінами у взаєминах науки і суспільства, а й трансформацією самих біомедичних технологій. Якщо раніше людина була виконавцем або випробуваним, то тепер цих ролей набагато більше. у зв'язку з усе більшою комерціалізацією науки і її спрямованістю на задоволення насущних потреб людини, практично кожен платник податків стає споживачем, а отже – замовником інновацій в області біотехнологій [4, с. 181].

По суті, людина стає системоутворюючим центром розвитку і впровадження біомедичних технологій, і, в кінцевому підсумку, учасником прийняття рішень, які саме області знання вважати пріоритетними. Так що сьогодні від волі окремої людини, часто дуже далекої від науки, але зате близької до владних структур і бізнесу, починає залежати, як швидко і які саме галузі науки будуть розвиватися в першу чергу, а які будуть вважатися безперспективними. Таким чином, доля розвитку наукомістких технологій, а отже, і всієї науки, в тому числі фундаментальної, починає залежати від звичайної людини. Таке зрощення науки з суспільством має свої особливості, і не всі вони вселяють оптимізм.

Зокрема, вже сьогодні ми можемо спостерігати в соціумі розрив міжнауковим знанням і уявленнями про науку серед широких верств населення. Існує цілий ряд міфів, забобонів і псевдонаукових уявлень про сучасні реалії нашого життя, в тому числі про різні біомедичні технології, які підживлюються несистемними уривчастими відомостями з різних галузей наук. Більшість подібних відомостей або безнадійно застаріли, або, будучи почерпнуті з неперевіраних джерел – газет, телепередач (у тому числі популярних телешоу), різних науково-популярних статей і т.п., мають вельми віддалене відношення до наукового знання, навпаки – доповнюються популярними нині релігійно-містичними ідеями самим химерним чином, так що назвати все це струнким світоглядом з побудованим і продуманими зв'язками, переконаннями і цінностями, на жаль, неможливо.

В результаті ми маємо парадоксальну картину: на підставі подібних уявлень люди роблять серйозні вчинки, що стосуються свого здоров'я і здоров'я і життя своїх дітей; а якщо рішення стосуються не тільки масштабу однієї сім'ї – і усієї країни? і це на тлі небувалого розвитку науки і наукомістких технологій! Проте, ці два процеси – прискорений розвиток наукомістких технологій і існування розриву між рівнем розвитку науки і коректного сприйняття її – у широкого кола населення представляються взаємопов'язаними. Відставання коректного розуміння соціумом того, що відбувається в сучасній науці, пов'язане, з одного боку, з дуже швидким її розвитком, а з іншого – зі складними процесами в суспільстві, що призвели до зниження її престижу в останні десятиліття.

Дослідження існуючих в суспільній свідомості міфів і забобонів як побічного ефекту швидкого розвитку наукомістких технологій з одного боку, і недостатньо коректного висвітлення їх в ЗМІ – з іншого дозволить зрозуміти коріння цієї проблеми, рішення якої залежить від знання психологічних, антропологічних, соціологічних і політичних реалій [3]. Сучасна філософія може запропонувати шляхи вирішення цієї проблеми. Саме філософія, особливо та її галузь, що займається міждисциплінарними дослідженнями, може запропонувати гуманітарну експертизу існуючого стану справ і виробити підходи до вирішення цієї гострої проблеми, невирішеність якої перешкоджає розвитку наукомістких технологій в нашій країні [1, с. 12].

Спочатку розгляд проблем соціогуманітарного забезпечення відбувався виключно в етико-правовому полі. Однак розвиток інформаційних технологій, роль громадських інститутів, що зростає

з кожним роком, в розвитку біомедицини привели до необхідності комплексного підходу до завдань оптимізації взаємин науки і суспільства, науки і окремої людини.

Пріоритетним напрямком є превентивна просвіта суспільства вцілому, окремих соціальних груп та індивідів, безпосередньо зацікавлених у вирішенні повсякденних і/ або професійних проблем, у забезпеченні як сприятливого сприйняття суспільством науково-технологічних досягнень, так і їх ефективного використання в практичній діяльності.

Значну роль в цьому відіграє новий формат сучасної науки [2]. Чи не знижуючи значущості фундаментальних досліджень, він припускає активну участь в інститутах науки і наукових проєктів експертів в галузі соціогуманітарних наук. на плечі цих фахівців лягає вибудовування плідних контактів науки з суспільством, бізнесом, освітніми установами, державними структурами. Дуже важлива експертна і консультативна допомога вчених і викладачів соціогуманітарних спеціалізацій в тлумаченні спеціальних наукових знань, виявленні їх значення для розвитку сучасної медицини, популяризації останніх досягнень науки. Також у відомстві сучасної науки знаходиться аналіз динаміки етичних норм і цінностей, яка відбувається під впливом змін в суспільстві та науці.

Список використаних джерел

1. Гусейнов, А. А. (2009). Философия как утопия для культуры. *Вопросы философии*. (1), 11–16.
2. Кормочи, Е. А. (2015). К вопросу о трансформации телесности и духовности в современном мире. *Современные тенденции развития науки и технологий*. (3-6), 78.
3. Мелик-Гайказян, И. В. (2005). *Миф, мечта, реальность: постнеклассические измерения пространства культуры*. Москва: Научный мир.
4. Тищенко, П. Д. (2014). Россия 2045: котлован для аватара. Размышления в связи с книгой «Глобальное будущее 2045. Конвергентные технологии (НБИКС) и трансгуманистическая эволюция». *Вопросы философии*. (8). 181–186.

APPROPRIATE FOREIGN LANGUAGE QUALIFICATION AS AN INTEGRAL COMPONENT OF MEDICAL EDUCATION REFORM IN UKRAINE

Turmys O.

*PhD (Philology), Associate professor
Military Academy (Odessa), Ukraine*

<https://orcid.org/0000-0002-6728-6811>

The purpose of this paper is to study the general situation within medical education in Ukraine, to analyze its problems and give possible solutions. Currently, medical education has accumulated numerous systemic problems that have reduced the level of knowledge and skills of future professionals and negatively affected the quality of educational services. To remedy the situation, it is necessary to explore the systemic differences between Ukrainian medical education and medical education of the leading countries in the industry via improving the quality of professional training with the appropriate level of foreign language (English) skills.

Key words: medical education, quality of professional training, foreign (English) language qualification.

General situation. Throughout the period of independent Ukraine, the education sector has accumulated numerous systemic problems that have reduced the level of knowledge and skills of future professionals and negatively affected the quality of educational services and, consequently, the international image and competitiveness of the Ukrainian higher education system.

Currently, medical education in Ukraine is provided by a number of medical, pharmaceutical and dental colleges, institutes, academies and universities, which provide secondary special and higher professional training, retraining and improvement of skills, as well as postgraduate education of medical staff of various levels. In accordance with the requirements of today's English language proficiency - its application both in the learning process and in the further practical activities of health professionals - the problem of proper qualification in a foreign language is one of the leading issues.

Problems. Despite the fact that Ukraine has a well-developed network of higher medical educational institutions of various levels of accreditation, which trains specialists for the needs of domestic health care, as well as specialists for other countries, yesterday's students can not confirm a diploma of higher education in Iran, Iraq, Syria, Saudi Arabia, Jordan, Kuwait. The declining level of education contributes to the fact that fewer and fewer people go to Ukraine to study. Moreover, more and more Ukrainian entrants are choosing to study abroad. Thus, without drastic changes in the health

education system, Ukraine risks becoming a country which universities produce uncompetitive specialists.

To remedy the situation, it is necessary to explore the systemic differences between Ukrainian medical education and medical education of the leading countries in the industry, borrowing useful experience for the training of domestic medical professionals.

As Ukraine is moving towards European integration and has a chance to become part of the European community, the issues of studying positive foreign experience in the development of medical education as a component of professional higher education become relevant [1]. Adequate knowledge of a foreign (English) language will facilitate a full exchange of best practices, because the most of the leading scientific sources of world-class information that contain current data and scientific discoveries are published in a foreign (English) language. Mastering foreign languages provides an opportunity for distance learning, participation in conferences with leading domestic and European experts, as well as promotes mobility in learning.

In addition, in most cases, the operating instructions for medical equipment and annotations to foreign drugs also require a specialist in the field of medicine to know a foreign (English) language, because the attached translations sometimes need clarification with the original language due to certain errors or inconsistencies in the translation text. that can lead to disorientation and distortion of content.

Based on the difficult socio-economic situation of our country, state of war and the global economic crisis, it is believed that paying attention to intensive foreign language learning from the first year of study in secondary and higher vocational education establishments for those who protect our country from the enemy both external and external. is no less important than gaining a professional training in a military or medical field.

In the context of the threat of war, anti-terrorist operations and hostilities, the issue of training medical personnel capable of providing timely qualified medical care for defence purposes, in order to minimize casualties, protect and preserve the lives and health of both military and civilians, has become especially relevant. Given the participation of Ukraine in joint peacekeeping operations, with the participation of the Joint Forces, the necessity to speak a foreign (English) language is also of paramount importance.

The problem with COVID-19, which the whole world faced in 2020, once again emphasized the need to speak a foreign (English) language, because the exchange of experience and foreign trips of our medical staff is simply impossible if the level of knowledge of our specialists in a foreign (English) language will not meet world standards. That is why, in the conditions of rapid development of innovative technologies and evidence-based medicine, the

issues of reforming the medical education system, caused by the proclamation of Ukraine's course for European integration, are urgent.

Solutions.The domestic health care system is currently looking for ways out of the crisis and building a new model closer to European standards. And this process definitely requires a paradigm shift in basic secondary and higher medical education. For this purpose, the latest methods of treatment and diagnosis of diseases, modern medical information technologies that allow to work in a single professional world or European space should be introduced into the practice of health care facilities [2].

Thus, the structure and content of higher medical education should be reviewed and reconsidered. curricula should be improved, a thorough training program for medical students and interns should be created, modern international medical and educational standards should be introduced into the educational and integrative process. The intellectual, scientific-educational, professional-oriented level of future doctors and, especially, teachers should be raised. They must be provided with modern innovative and informative medical technologies

According to certain recommendations, there are even requirements for enrolment as professional scientific publications in the medical field only English-language peer-review publications.

The Ministry of Health considers it necessary to improve the quality of examination tasks during the graduation of students, in particular, to use the examination test in clinical disciplines IFOM (International Foundations of Medicine - "International Fundamentals of Medicine") and USMLE exam questions - United States Medical Licensing Examination Medical License of the United States of America, the introduction of practical assessment of medical students - OSCE (Objective Structured Clinical Examination) [3].

The exam taken by a Ukrainian graduate should not be different from the Yale University graduate exam. There is no national science, there is no national multiplication table. The science of "medicine" is unique in America, in Europe, and in Ukraine. Accordingly, the knowledge and results of that knowledge should also be the same, said the Deputy Minister [4].

Improving the quality of professional training of future doctors with the appropriate level of skills in a foreign language (English) in accordance with world and European standards will promote the competitiveness of domestic higher medical education, optimize conditions for international mobility of medical students and expand opportunities for Ukrainian medical professionals at home and abroad.

Bibliography

1. Official website of the Ministry of Health of Ukraine. Retrieved from <http://www.moz.gov.ua/ua/portal>

2. Official website of the Verkhovna Rada Committee on Health. Retrieved from <http://komzdrav.rada.gov.ua>
3. Official website of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine Retrieved from <http://www.amnu.gov.ua/index.php>
4. E-journal "Healthcare facility management". Retrieved from <http://egolovlikar.mcfu.ua>

ДОСВІД АДАПТИВНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРСЬКИХ КАДРІВ З ПИТАНЬ МЕДИЦИНИ ПРАЦІ

Варивончик Д.

д. мед. н., проф., завідувач кафедри
<https://orcid.org/0000-0003-2107-6269>

Демецька О.

к. б. н., доцент кафедри
<https://orcid.org/0000-0002-8174-7813>

Копач К.

к. мед. н., доцент кафедри
<https://orcid.org/0000-0002-6771-4556>

Безвербний П.

старший викладач кафедри
<https://orcid.org/0000-0002-9851-8830>

Еджибія О.

асистент кафедри
<https://orcid.org/0000-0002-5404-3642>

**Національна медична академія
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
МОЗ України, кафедра медицини праці,
психофізіології та медичної екології,
Україна**

Окреслене сучасне кризове підґрунтя, що викликане реформуванням галузі охорони здоров'я в Україні, що обумовлює адаптивну трансформацію післядипломної медичної освіти лікарських кадрів з питань медицини праці. Наведено досвід кафедри медицини праці, психофізіології та медичної екології НМАПО імені П. Л. Шупика, щодо підготовки впродовж

2013 – 2020 р.р. медичних кадрів з питань медицини праці. Визначено подальшу освітню стратегію зазначено.

Ключові слова: медицина праці, післядипломна освіта, лікарі.

Медицина праці (МП) є міждисциплінарним науково-практичним напрямком сучасної охорони здоров'я, стратегічною метою якого є збереження здоров'я працюючої людини. в Україні практичний напрям діяльності МП реалізується лікарями-спеціалістами – з гігієни праці, професійної патології, психофізіології, авіаційної та космічної медицини, судової медицини, лікарями-терапевтами цехової лікарської дільниці; лікарями здоровпунктів підприємств.

До початку реформування системи охорони здоров'я реалізація стратегічних завдань МП здійснювалась низькою спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ): відділами гігієни праці мережі державної санітарно-епідеміологічної служби України (ДСЕС); відділеннями профілактики (медичних оглядів) мережі амбулаторно-поліклінічних закладів; відділеннями професійної патології мережі обласних лікарень; мережею клінік професійної патології науково-дослідних установ системи МОЗ України та НАМН України.

Внаслідок реорганізації у 2014 р. [1] та наступної ліквідації у 2016 р. [2] ДСЕС України фактично відбулась ліквідація всієї мережі відділів гігієни праці в системі МОЗ України з перерозподіл їх функцій між: Державною службою України з питань праці (Держпраці), Державною службою України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів (Держпродспоживслужба), Центром громадського здоров'я МОЗ України [3]. При цьому, забезпечення всіх ланок первинної профілактики професійної захворюваності в повному обсязі не досягнуто і до теперішнього часу.

Ліквідація ДСЕС України призвела до катастрофічного скорочення кадрового ресурсу в галузі охорони здоров'я та додипломної підготовки кадрів. Так за даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» у 2000 р. кількість лікарів з гігієни праці в системі МОЗ України становила – 928 осіб, в 2010 р. – 670, а в 2019 р. – 30. в Держпраці України працює лише 91 лікарів з гігієни праці, з передбачених 267 штатних посад. Повністю призупинилась додипломна підготовка лікарів у напрямку «Медико-профілактична справа». Якщо у 2014 р. вищими закладами освіти було випущено 266 лікарів та зараховано на і курс – 472 студента; то вже у 2019 р. – випущено 3 лікаря та зараховано на і курс – 0 студентів [4; 5].

Останніми десятиріччями спостерігаються і негативні тенденції у напрямку забезпечення надання вторинної і третинної профілактичної допомоги працюючим. в Україні кількість штатних лікарів-профпатологів залишається мінімальною (біля 60 осіб), поодинокими є лікарі з психофізіології, авіаційної медицини, суднової медицини. Майже ліквідована вся цехова терапевта служба, здоровпункти на підприємствах, значно скоротилась кількість спеціалізованих медико-санітарних частин.

Зазначене з 2013 р. призвело до суттєвого зменшення кількості робочих місць в ЗОЗ, і відповідно, до зниження попиту ЗОЗ щодо вторинної спеціалізації та післядипломної освіти всіх лікарських спеціальностей, що входять до сфери МП.

Однак, відповідно до даних Державної служби статистики України (станом на 31.12.2019 р.), загальна кількість підприємств, на яких працівники зайняті на роботах зі шкідливими умовами праці, становить – 7 040. Кількість штатних працівників, зайнятих на роботах зі шкідливими умовами праці, становила 834,4 тис. осіб (26,9 % до облікової кількості штатних працівників). Кількість штатних працівників, які мають право на хоча б один із видів пільг і компенсацій за роботу зі шкідливими умовами праці, становить 940,0 тис. осіб (33,3 % до облікової кількості штатних працівників) [6]. Що свідчить про реальні потенційні ризики здоров'ю працюючому населенню і, відповідно, значні потреби держави у реалізації всього комплексу медико-соціальних заходів у збереженні професійного здоров'я і профілактики професійної захворюваності населення.

Згідно ст. 17 Закону України «Про охорону праці», працівники певних категорій (*«...зайнятих на важких роботах, роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці, ... де є потреба у професійному доборі, ... віком до 21 року»*) підлягають обов'язковим медичним оглядам (*«... попередньому (під час прийняття на роботу) і періодичним (протягом трудової діяльності)...»*) [7]. Відповідно до «Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» (затвердженого наказом МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246): *«Проведення попереднього (періодичних) медичного огляду здійснюється комісією з проведення медичних оглядів закладів охорони здоров'я. Комісію очолює заступник головного лікаря або уповноважена головним лікарем особа, який має підготовку з професійної патології», «До складу Комісії входять обов'язково ... лікарі, які пройшли підготовку з профпатології...»* (п. 2.8), *«Заклади охорони здоров'я: ... залучають до проведення медоглядів лікарів, які мають підготовку з профпатології та обізнані з умовами*

праці працівників, особливостями виробництва та шкідливими факторами виробничого середовища, їх гігієнічною оцінкою й можливою професійною патологією на даній ділянці, у цеху, на виробництві...» (4.1.3) [8].

Відповідно, зазначене визначило лікарів-спеціалістів комісій з медичних оглядів працівників основним контингентом у післядипломній підготовці медичних кадрів з медицини праці в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Враховуючи вищевказане, кафедрою медицини праці, психофізіології та медичної екології НМАПО імені П. Л. Шупика, було здійснено наступну адаптивну трансформацію підготовки медичних кадрів:

- зменшення планової підготовки лікарів на циклах спеціалізації в умовах групового навчання (за бюджетні кошти) із компенсаторним збільшенням підготовки на циклах спеціалізації та стажування за індивідуальним планом навчання (на умовах плавних освітніх послуг);

- збільшення кількості навчальних циклів тематичного удосконалення, спрямованих на підготовку з професійної патології лікарів-спеціалістів комісій з медичних оглядів працюючих («Актуальні питання реабілітації хворих на професійну патологію», «Організація і порядок надання спеціалізованої профпатологічної допомоги», «Організація та проведення медичних оглядів і експертиз працюючого населення», «Сучасні методи діагностики професійних захворювань», «Сучасні методи ультразвукової діагностики виробничо-зумовлених та екозалежних захворювань» та ін.);

- розширення контингенту слухачів кафедри за рахунок впровадження навчальних циклів тематичного удосконалення, присвячених актуальним питанням охорони здоров'я: профілактики на робочому місці ВІЛ/СНІДу, ТБ; психофізіологічної реабілітації учасників АТО/ООС; практичного вирішення медико-екологічних проблем та ін.;

- розширення контингенту слухачів кафедри завдяки значного збільшення виїзних циклів, циклів за очно-заочною формою навчання, широкого використання короткочасних циклів (2 тиж.) та застосування дистанційних методів освіти.

У зв'язку із значним скороченням бюджетного фінансування післядипломної медичної освіти з 2020 р. значно збільшено проведення циклів ТУ на умовах платних освітніх послуг (з 5,0 до 30,0 %).

Впродовж 2013 – 2020 р.р. кафедрою було організовано і завершено 249 навчальних циклів, на яких підготовлено 2901 лікарів, переважно на циклах

тематичного удосконалення (ТУ) (88,3 % від всіх циклів). Також було проведено 70 виїзних циклів ТУ на базі 303 10 областей України (переважно – м. Києва (24,2 %), Дніпропетровської (21,8 %), Київської (20,7 %) та Вінницької (15,3 %) областей), під час яких підготовлено 1884 слухача (64,9 % всіх слухачів). Здійснено навчання 338 слухачів на циклах спеціалізації, стажування і передатестаційної підготовки, із яких 85 слухачів – за індивідуальним планом (25,1 %).

Подальша стратегія підготовки лікарських кадрів у сфері МП буде спрямована на розробку і впровадження короткочасних циклів ТУ з питань:

- збереження високих стандартів збереження професійного здоров'я, профілактики на робочому місці інфекційної (ВІЛ/СНІДу, ТБ, COVID-19) та онкологічної патології тощо;

- розширення професійних компетентностей лікарів загальної практики – сімейної медицини, лікарів-спеціалістів, лікарів-науковців, держаних службовців Держпраці з питань профілактики, діагностики, лікування та реабілітації осіб з виробничо-зумовленою та професійною патологією;

- забезпечення надання лікарями-спеціалістами сучасної медико-профілактичної допомоги населенню, в разі виникнення екозалежної патології.

Список використаних джерел

1. Про утворення комісії з реорганізації Державної санітарно-епідеміологічної служби. Постанова Кабінету міністрів України від 26.11.2014 р. № 1166-р, зі змінами (2016). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1166-2014-%D1%80#Text>.

2. Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби. Постанова Кабінету міністрів України від 29.03.2017 р. № 348 (2017). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/348-2017-%D0%BF#Text>.

3. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади (Постанова Кабінету Міністрів України) № 442 від 10 вересня 2014 р., зі змінами (2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF#Text>.

4. Центр медичної статистики МОЗ України. Статистичні дані (2020). URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>.

5. Центр медичної статистики МОЗ України. Статистичні довідники (2020). URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdov_r.html.

6. Умови праці працівників у 2019 році: Статистичний збірник (2020). Державна служба статистики України. Київ: URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/05/zb_upp_2019.pdf.

7. Про охорону праці (Закон України) № 2694-XII від 14.10.1992 р., (1992). зі змінами (2019). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text>.

8. Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій (Наказ МОЗ України) № 246 від 21.05.2007 р. (2007). зі змінами (2012). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0846-07#Text>.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЗНАТЬ З БІОСТАТИСТИКИ В ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Грузева Т.

професор, завідувач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я
<https://orcid.org/0000-0001-9254-7561>

Іншакова Г.

доцент, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я,
<https://orcid.org/0000-0002-3984-8864>

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна

В роботі наведено результати соціологічного опитування студентів, які навчалися за різними освітніми програмами, та слухачів післядипломної освіти, щодо питання застосування отриманих знань з біостатистики в своїй практичній діяльності.

Ключові слова: біостатистика, освітні програми, використання знань, професійна діяльність, студенти, слухачі післядипломної освіти.

Біостатистика є потужним інструментом для проведення медичних досліджень, прийняття клінічних рішень та управління охороною здоров'я. Однак, фахівці зі статистики стурбовані тим, що медичні працівники важко сприймають застосування статистичних методів на практиці, і часто некоректно їх використовують [1]. Часто лікарі та

студенти-медики серйозно не сприймають біостатистику, визнаючи цей предмет математичним, що потребує розрахунків та на їх основі глибокого аналізу. Вони не достатньо мотивовані вивчати біостатистику, вважають її не актуальною, тому що вона відрізняється від інших дисциплін суто медичного спрямування [2; 3; 4]. Для підтримки свого високого професійного рівня фахівцю з охорони здоров'я необхідно не тільки набувати знань з біостатистики, а ще й правильно їх застосовувати в своїй практичній діяльності.

Метою дослідження було вивчення питання використання біостатистичних знань в професійній діяльності майбутніх лікарів та фахівців медичної сфери.

Матеріали та методи. Інформаційною базою були результати соціологічного опитування студентів НМУ імені О.О. Богомольця, які навчалися за різними програмами у 2014-2016 н.р. (n=272) та 2018/2019 н.р. (n=257), а також слухачів післядипломної освіти (n= 145).

Дослідження проводилося з використанням аналітичного, соціологічного та статистичного методів.

Результати та їх обговорення. в рамках вивчення рівня біостатистичних знань студентів та набутої професійної компетентності з основ біостатистики фахівців охорони здоров'я було досліджено питання використання знань з біостатистики в практичній діяльності.

Слід зазначити, що опитування відбувалося серед студентів тих курсів, на яких безпосередньо опановувалася навчальна дисципліна «біостатистика». у 2014-2016 н.р. цей предмет викладався на IV курсі відповідно до Типової програми навчальної дисципліни «Біостатистика» підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» для студентів ЗВО МОЗ України. На її засвоєння було відведено 1,5 кредиту, а на практичних заняттях розглядалося 9 тем. у 2018/2019 н.р. студенти навчалися за новою освітньою програмою з навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти кваліфікації освітньої «магістр медицини», кваліфікації професійної «лікар», що передбачала вивчення чотирьох модулів, першим з яких є «Біостатистика». На опанування біостатистики вже на III курсі відведено 3 кредити, а також розширено до 14 тем обсяг практичних занять. Дослідження передбачало аналіз відповідей майбутніх лікарів на питання щодо практичного застосування знань з біостатистики за кожною окремою темою, спільною для двох програм. Фахівці медичної сфери також

відповідали на запитання використання знань в своїй професійній діяльності з тих самих тем, що досліджувалася у студентів.

Аналіз результатів дослідження показав, що використовувати знання з теми «Планування та організація проведення статистичних досліджень» планують $71,2 \pm 3,1$ на 100 студентів III курсу, які навчалися за новою освітньою програмою з розширеною тематикою з біостатистики, що є більшим на 14,0% порівняно зі студентами IV курсу, і майже співпадає з аналогічним показником у слухачів післядипломної освіти. Водночас, показник того, що респонденти не будуть застосовувати в своїй діяльності знання з цієї теми коливається в межах $7,3 \pm 2,5$ - $9,5 \pm 1,8$ на 100 відповідного контингенту. Отже, отримані дані дають можливість прогнозувати, що частина студентів, які не надають належної уваги вивченню питань організації і планування досліджень, не зможуть в майбутньому правильно розробити дизайн дослідження, а відтак, результати такої наукової роботи не будуть вірогідними. Що стосується теми «Відносні величини», то можливість використання отриманих у ході її вивчення знань на практиці висловили 62,3 на 100 опитаних. Але насторожує той факт, що кожен 7-8 фахівець з медичною освітою недооцінює значення відносних величин для характеристики здоров'я населення, аналізу роботи закладу охорони здоров'я та діяльності окремого медичного працівника. Частота ствердних відповідей респондентів про застосування в майбутній медичній професії знань про середні величини та показники варіації, є майже однаковою серед студентів обох курсів ($66,5 \pm 3,3$ на 100 опитаних III курсу та $65,4 \pm 3,0$ IV курсу), а серед медичних працівників є вищою на 4,2%. Що стосується аналізу негативних відповідей, то цей показник є вищим на 64,2% серед студентів, які опановували біостатистику на IV курсі за програмою підготовки спеціалістів. Проте, відомо, що не володіючи знаннями про середні величини, фахівці не зможуть надавати узагальнюючу характеристику ознак сукупності, визначити її варіабельність, застосовувати правило трьох сигм тощо, і отже, робити обґрунтовані висновки. Опанування теми «Метод стандартизації» у всіх респондентів викликала труднощі, і частота респондентів, які не планують використовувати метод стандартизації у майбутньому, становить $22,2 \pm 2,6$ на 100 серед студентів IV курсу, і є більшою на 26,1% порівняно зі студентами III курсу, та на 15,9% – зі слухачами післядипломної освіти. Що стосується теми з оцінки вірогідності результатів, то рівень сподівань на використання в майбутньому

параметричних методів у студентів III курсу є найвищим і становить $65,7 \pm 3,3$ на 100 та на 21,0% переважає аналогічний показник серед студентів IV курсу і на 11,9% – серед медичних працівників. Подібна тенденція спостерігається і стосовно застосування непараметричних критеріїв ($57,6 \pm 3,5$ на 100 студентів III курсу, що більше на 22,8% та на 7,9% відповідно). Проте, кожен 5-8 респондент не вважає за необхідне використовувати ці критерії в своїй професії. Такі показники свідчать про те, що опитувані не усвідомлюють важливості застосування статистичних тестів, не можуть адекватно оцінювати статистичну значущість результатів наукових досліджень та здійснювати їх якісно. Кореляційно-регресійний аналіз в своїй професійній діяльності планують задіяти $68,4 \pm 3,2$ на 100 студентів III курсу, цей показник є вищим на 22,6%, ніж серед студентів IV курсу та на 15,5% – ніж у слухачів післядипломної освіти. Водночас, не планують використовувати цей метод $12,1 \pm 2,3$ на 100 третьокурсників, що є нижчим на 22%, ніж у четвертокурсників і вище на 13,1%, ніж у фахівців охорони здоров'я. Частота позитивних відповідей стосовно використання в майбутньому знань з питань рядів динаміки та їх аналізу становила $66,0 \pm 3,3$ на 100 осіб III курсу і була більшою на 28,0% за аналогічний показник у студентів IV курсу та на 4,8% – у фахівців медичної сфери. Не вважають обов'язковим використання методів аналізу в часі показників здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я $14,8 \pm 2,5$ на 100 опитаних студентів III курсу. Серед студентів IV курсу такі відповіді зустрічалися на 24,3% рідше, а серед слухачів післядипломної освіти – на 48,0% частіше. Використовувати знання про фактори ризику, методику розрахунку ризиків та їх оцінку в своїй практичній діяльності планують $79,5 \pm 2,8$ на 100 студентів III курсу, що є більшим на 27,2%, ніж серед студентів IV курсу, та на 13,7% – порівняно з медичними працівниками. Незважаючи на те, що виявлення факторів ризику та встановлення їх внеску у формування патології є важливим складником обґрунтування профілактичних програм та заходів, не вважає за доцільне використання на практиці знань з даної тематики кожен 7-14 респондент.

Висновки. Результати дослідження виявили більші сподівання щодо використання отриманих знань з біостатистики у майбутній професійній діяльності серед студентів, які навчаються за новою освітньою програмою, порівняно зі студентами, які навчалися за попередньою, меншою за обсягом програмою. Водночас, встановлено, що фахівці медичної сфери недостатньо застосовують у своїй роботі методи статистичного аналізу,

що свідчить про необхідність удосконалення навчання біостатистиці на післядипломному рівні.

Список використаних джерел

1. Gore, A. D, Kadam, Y. R., Chavan, P. V., & Dhumale, G. B. (2012). Application of biostatistics in research by teaching faculty and final-year postgraduate students in colleges of modern medicine : A cross-sectional study. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 2 (1), 11-16. doi: [10.4103/2229-516X.96792](https://doi.org/10.4103/2229-516X.96792).

2. Іншакова Г. В. (2016). Дослідження наявних знань, умінь, практичних навичок з біостатистики у фахівців медичної сфери. *Наукові записки : [збірник наукових статей], СХХХІ*, 81-89.

3. Rashid, A., & Subramaniam, G. (2012). Use of biostatistics among practicing doctors in Penang, Malaysia. *The Internet Journal of Medical Education*, 2(2), 1-8.

4. Ganasegeran, K., Ch'ng, A., Jamil, M. F. A., & Looi I. (2019). Clinicians' Perceived Understanding of Biostatistical Results in the Medical Literature: A Cross-Sectional Study. *Medicina*, 55(6), 227-238. doi: [10.3390/medicina55060227](https://doi.org/10.3390/medicina55060227).

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Костюк О.

к.психолог.н., ст. викладач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

НМАПО імені П.Л.Шупика, Україна

<http://orcid.org/0000-0001-6396-6011>

В тезах розглянуті проблемні питання та умови впровадження нових принципів безперервного професійного розвитку в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток, суб'єкт безперервного професійного розвитку, зміна парадигми, ресурси розвитку.

Стрімкий розвиток технологій, зміна інформаційних засад регуляції суспільних відносин та відносин у професійних сферах, нові підходи до вирішення медичних проблем змінюють вимоги до безперервного професійного розвитку фахівців. Нові вимоги МОЗу передають відповідальність за безперервний професійний розвиток самим лікарям. Вони можуть самостійно обирати яким чином організувати своє професійне зростання, форму навчання та тематичні напрямки. Це автоматично міняє позицію лікаря із пасивного виконувача вимог МОЗу та споживача знань, які пропонують визначені сталі інституції з певним переліком циклів тематичного удосконалення, на позицію активного суб'єкта, що формує запит на знання, і відповідно на зміст навчальних курсів, що будуть формувати учасники ринку післядипломної освіти. Така суттєва зміна парадигми ставить декілька питань, що вимагають свого вирішення та розвитку.

Перше з них, чи готові лікарі до такої активної позиції та чи мають вони необхідні ресурси за для цього. Інформаційна насиченість, зростання кількості провайдерів освітніх послуг, доступ до світового контенту професійних матеріалів, завдяки інтернет технологій поставили дві проблеми: моніторинг нових досліджень та розробок в професійній спільноті та загальна орієнтація в інформаційному просторі медичних знань.

Це означає, що лікарю в процесі БПР необхідно:

Мати ресурс вільного часу. в Європейських країнах вважається, що лікар повинен мати від 3 годин в день для читання професійних робіт, а це значить, що його навантаження повинно дозволяти цей виділити час. і бажано, щоб цей час виділявся не за рахунок відпочинку.

Мати мовленнєві компетенції. Якщо раніше професійна підготовка лікаря базувалася на знанні латині, то сучасний професійний розвиток не можливий без знання ще й англійської мови.

Мати певні критерії відбору публікацій, майстер-класів, ТУ. Від цього залежить ефективність використання таких важливих ресурсів як час та фінанси.

Друге важливе питання, створення простору для БПР. Це відбувається через розвиток інституцій МОЗ та інших провайдерів освітніх послуг. Також через введення чітких норм контролю за результатом БПР у вигляді щорічно набраних балів. Та через використання формальної, неформальної та інформальної форми освіти у сфері охорони здоров'я.

Ці рамки, норми та принципи можуть стати драйвером змін не тільки для кожного з медичних працівників, а й для медичної сфери в цілому тільки в тому випадку, коли цей простір наповниться живою, неформальною, професійною комунікацією. Формальні зміни в сфері медичної освіти повинні змінюватися через неформальні та інформальні: еволюцію неписаних правил та цінностей у медичній спільноті, згладжування інституційних дисфункційних моментів, напрацювання нових поведінкових шаблонів та звичаїв серед лікарів. Такі зміни в організації нового простору для БПР не просто наближають українських фахівців до фахівців світового рівня, а створюють необхідні умови для активного дієвого включення в сферу медичної практики, науки та освіти.

Третє питання про психологічну готовність бути відповідальним за свій БПР кожним медичним працівником. Оскільки на попередніх етапах розвитку принципи післядипломної освіти в Україні визначали документи МОЗ, то лікар приходив у систему, в якій виконував вимоги системи і майже не мав необхідності самостійно вирішувати питання свого професійного зростання. Та на цьому шляху багато залежить від так званих *soft skills* - неспеціалізованих компетенцій, які підвищують ефективність працівника та не пов'язані з предметною сферою. Адже за даними Гарвардського університету професійний шлях фахівця, його успішність на 85% залежить саме від них. і лише 15% від *hard skills* – технічних та професійних, спеціалізованих навичок.

Можливо в недалекому майбутньому, як відповідь на вищезазвану проблему виникне професія тьютора, що буде допомагати лікарям будувати кар'єру та розвиватися на цьому шляху.

Таким чином, лікарі після здобуття вищої медичної освіти зобов'язані дотримуватися вимог до безперервного професійного розвитку, слідувати новим стандартам та вимогам МОЗу. Суттєва зміна парадигми БПР призводить до нових викликів, що постають перед лікарями та провізорами. Опанування позиції суб'єкта безперервного професійного розвитку відкриває перед медичними працівниками нові можливості для більш ефективного професійного розвитку.

Список використаних джерел

1. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів Наказ Міністерства охорони здоров'я) № 446 від 22.02.2019. (2019). Із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1106 від 12.05.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>

МОЖЛИВОСТІ КАФЕДРИ ПЕДІАТРІЇ № 1 НМАПО ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ДИТЯЧИХ ЛІКАРІВ

Охотнікова О.

професор, завідувач кафедри

Усова О.

доцент кафедри

Ошлянська О.

професор кафедри

Яковлева Н.

доцент кафедри

Ткачова Т.

доцент кафедри

Поночевна О.

доцент кафедри

Шарікадзе О.

доцент кафедри педіатрії №1

**Кафедра педіатрії №1, НМАПО імені П. Л.
Шупика, Україна**

Представлені результати навчальної роботи кафедри педіатрії №1 НМАПО імені П. Л. Шупика за останні 3 роки в світлі вимог до організації безперервного професійного розвитку дитячих лікарів, а саме різноманітні навчальні цикли тематичного удосконалення (одно- та двотижневі), можливості інших форм навчання (майстер-класи, вебінари, конференції тощо). Обговорюються також проблеми та недоліки сучасних форм дистанційного навчання, яку ускладнюють процес якісної підготовки дитячих лікарів.

Ключові слова: кафедра педіатрії №1 НМАПО імені П. Л. Шупика, навчальні цикли тематичного удосконалення; дистанційне навчання, дитячі лікарі.

Останні роки ознаменувались суттєвими змінами в організації усіх сфер діяльності медичної спільноти України, як в практичній охороні здоров'я, так і в методах і засобах теоретичної підготовки лікарів. Ми свідки та учасники медичної реформи, в яку задіяні усі сфери медичного життя, в тому числі – змінились правила, підходи та мотивація лікарів щодо власного безперервного професійного розвитку (БПР).

В повсякденній викладацькій практиці колектив кафедри педіатрії №1 НМАПО імені П. Л. Шупика користується актуальною законодавчою базою, а саме Законом України «Про вищу освіту» №1556-VII, в ред. 2015 р. [1], Наказом МОЗ України «Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів» № 650 від 02. 10. 2015 [2], Постановою Кабміну від 28. 03. 2018 № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» [3], Наказом МОЗ України від 22. 02. 2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» [4].

Саме згідно цих документів сучасні лікарі мають виконувати вимоги БПР для своєчасного ліцензування та підтвердження кваліфікації, а заклади вищої освіти – надавати якісні навчальні послуги для потреб практичної охорони здоров'я.

З цією метою на кафедрі педіатрії №1 розроблена низка короткотривалих двотижневих навчальних програм та курсів, що охоплюють всі сфери педіатричної науки та практики: цикли тематичного удосконалення (ТУ) «Сучасні проблеми та досягнення клінічної педіатрії» (2019 р.), «Суміжні стани: алергічні та аутоімунні захворювання у дітей» (2018 р.), «Сучасна діагностика алергічних захворювань у дітей з елементами молекулярної діагностики» (2018 р.), «Питання алергології в педіатрії» (2019 р), цикли ТУ для викладачів ЗВО та закладів ПО та керівників баз інтернатури «Питання алергології в підготовці дитячого лікаря» (2020 р.), а також однотижневі програми ТУ «Анемії в практиці дитячого лікаря» (2019 р.), «Методи дослідження вентиляційної функції легень при патологічних станах у дітей (спірометрія)» (2020р.).

Систематично оновлюються і базові навчальні програми Спеціалізації з педіатрії (2019 р.), Стажування з педіатрії (2020 р.), Спеціалізації з дитячої алергології (2019 р.), Стажування з дитячої алергології (2020 р.), Інтернатури з педіатрії (2017 р.).

Формат проведення більшості циклів ТУ передбачає як очне навчання, так очно-заочне, з елементами дистанційного навчання, що організовано на підставі Наказу МОН України від 25.04.2013 № 466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання» [5] та Примірною положення про підвищення кваліфікації за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання у НМАПО імені П.Л. Шупика.- МОЗ України.- 2013 [6]. Сьогодні, в зв'язку з тривалим карантинном по Covid-19, така форма навчання набула не аби якої популярності і кафедра змогла швидко перелаштуватися на нові правила роботи.

Враховуючи перелік видів діяльності, що передбачені «Положенням про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», кафедра пропонує і інші методи і можливості підвищення кваліфікації дитячих лікарів.

Щорічно ми проводимо науково - практичну конференцію з міжнародною участю «Актуальні питання діагностики і лікування алергічних хвороб і аутоімунних станів у дітей», яка традиційно має великий успіх у лікарів.

Майстер - класи, присвячені практичним питанням діагностики та ведення пацієнтів з алергічними захворюваннями, захворюваннями органів дихання, а також аутоімунними захворюваннями.

Вебінари та лекції у форматі телеконференцій, присвячені актуальним питанням педіатрії, які також користуються великим попитом наших слухачів.

Тематику заходів, що плануються, ми підбираємо з урахуванням опитування та анкет зворотного зв'язку, які постійно проводимо з практикуючими лікарями.

Таким чином, лікарі, що приходять навчатись на кафедру, можуть отримати різноманітні навчальні послуги і забезпечити щорічні потреби в безперервному навчанні, а саме головне – в якісному підвищенні своєї професійної кваліфікації.

Поряд з цим, спостереження останніх років висвітлило і ряд суттєвих проблем, які намітились в організації безперервного навчання лікарів.

По-перше, це неймовірна кількість сумнівної якості «навчальної» продукції, яка сьогодні пропонується в інтернет - просторі: різноманітні комерційні навчальні платформи, курси, конференції, школи, які пропонують лікарям навчання без гарантії якості та будь-якої відповідальності за надану інформацію. Звичайно, за власний кошт лікарів.

По-друге, видача не ліцензованих сертифікатів з гарантуванням великої кількості балів БПР за мізерний термін навчання (30-50 балів за 1-2 дні конференції!), що на пряму суперечить вимогам «Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я».

По-третє, відсутність у більшості таких заходів клінічного обґрунтування і практичного досвіду доповідачів, що вкрай необхідно при навчанні лікарів.

Попри все це, такі види освітньої діяльності не достатньо контролюються на центральному рівні і в багатьох випадках приймаються Атестаційними комісіями на місцях. а це, звичайно, відвертає певну кількість лікарів від якісного підвищення професійної кваліфікації. Ми розуміємо, що така ситуація тимчасова, пояснюється багатовекторним реформуванням медичної галузі і буде поступово узгоджена та врегульована.

Кафедра педіатрії №1, як представник шанованої медичної освітньої установи НМАПО імені П. Л. Шупика з 100-річним досвідом, працює на підставі визнаних юридичних та методичних документів, пропонує якісне навчання з використанням досвіду ключових клінічних баз України, а саме УДСКЛ «ОХМАТДИТ», НДІ ПАГ НАМН України, КОДКЛ №1 в м. Боярка та поліклінічних баз для навчання лікарів-інтернів.

Ми переживаємо час стрімких змін та нових завдань, але одне лишається незмінним, як і в усі часи: в голову кута ставиться **АКТУАЛЬНІСТЬ, ЯКІСТЬ, ЗМІСТ.**

Список використаних джерел

1. Про вищу освіту (Закон України). №1556-VII. (ред. 2015 р.)
Вилучено з <http://www.moz.gov.ua>.

2. Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів (Наказ МОЗ України) № 650 від 02. 10. 2015 р. (2019).
Вилучено з <http://www.moz.gov.ua>.

3. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (Постанова Кабміну України). № 302 від 28. 03. 2018 р. (2019). Вилучено з <http://www.moz.gov.ua>.

4. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів (Наказ МОЗ України) № 446 від 22. 02. 2019 р. (2019). Вилучено з <http://www.moz.gov.ua>.

5. Положення про дистанційне навчання (Наказ Міністерства освіти і науки України). № 466 від 25. 04. 2013 р. зі змінами, внесеними згідно з Наказом МОН № 761 від 14.07.2015. (2013). Вилучено з <http://www.moz.gov.ua>. - Назва з екрану.

6. Примірне положення про підвищення кваліфікації за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. (2013). МОЗ України. Київ.

АНАЛІЗ НАПРЯМКІВ РЕФОРМУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Панфілова Г.

д. фарм. н., професор

<https://orcid.org/0000-0001-5297-0584>

Цурікова О.

к. фарм. н., асистент

<https://orcid.org/0000-0002-3626-9728>

**Національний фармацевтичний
університет, Україна**

В публікації представлені результати аналізу основних напрямків реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, як соціально орієнтованої галузі макроекономічного комплексу країни за умов посилення вимог суспільства щодо підвищення рівня організації надання медичної та фармацевтичної допомоги громадянам. За даними систематизації викреслені основні напрямки реформування вітчизняної охорони здоров'я на шляху реалізації євроінтеграційних намірів розвитку держави.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування охорони здоров'я, проблеми функціонування охорони здоров'я.

Після подій, що відбулися у 2014-2015 роках в Україні майже ні в кого у суспільстві не виникає запитання стосовно необхідності реформування системи охорони здоров'я (СОЗ). Революційні події в розвитку України призвели до посилення кризових явищ у суспільстві, а стрімке соціальне розшарування населення за умов відсутності дієвих механізмів державного захисту громадян ще більше посилили негативні настрої у громадян. з кожним роком глибина прірви між існуючою владою та громадянами країни, на жаль, лише збільшується. За цих умов, як стверджують фахівці, особлива актуальність проведення кардинальних змін спостерігається у тих сферах суспільства, де перехрещуються найважливіші базові цінності людини, насамперед у СОЗ та фармацевтичному забезпеченні населення [1]. Перманентне посилення соціальної напруги у суспільстві, перш за все, у наслідок не вирішення проблем медичного та фармацевтичного

забезпечення громадян ставить під загрозу національну безпеку та цілісність країни. Вже наприкінці 2017 р. у вітчизняній СОЗ почалися набирати обертів системні перетворення, як продовжуються й зараз.

Мета роботи полягала в систематизації даних стосовно питань реформування СОЗ на сучасному етапі розвитку країни. Об'єктом дослідження були обрані дані законодавчої, нормативно-правової бази, що регулює питання організації та функціонування СОЗ в Україні, а також матеріали, які представлені у відкритому друці у спеціалізованих фахових виданнях. у дослідженнях використовувалися такі методи, як історичний, порівняльний, логічний, гіпотетичний тощо.

За результатами систематизації даних можна стверджувати про наступне. Основною метою реформування СОЗ, що задекларована у відповідних документах є забезпечення всіх громадянам країни рівного доступу до якісних медичних й фармацевтичних послуг та формування пацієнтоорієнтованої моделі її функціонування. Досягнення зазначеної мети неможливо лише у напрямку підвищення рівня фінансування СОЗ. Необхідно впровадження нових підходів та комплексу заходів, ефективна реалізація яких дозволяє переорієнтувати фінансові та нематеріальні ресурси до конкретного споживача медичних та фармацевтичних послуг. Саме задля цього в державі необхідно реалізувати наступні заходи:

- розробити та ефективно впровадити гарантований державою пакет медичних та фармацевтичних послуг;

- здійснити поступовий перехід від старої (адміністративно-командної) до нової моделі фінансування СОЗ, насамперед, впровадження контрактної форми, що націлена на фінансування конкретного результату в процесі надання медичної та фармацевтичної допомоги населенню;

- запровадити механізми стимулювання праці лікарів та фармацевтів у відповідності до отриманих результатами їх діяльності;

- здійснити поступовий перехід на страхові форми обслуговування населення у СОЗ відповідно до розроблених стандартів надання медичної та фармацевтичної допомоги;

– розробити та впровадити прозорі механізми проведення закупівель лікарських препаратів (ЛП), медичних виробів (МВ), які здійснюються за державні кошти;

– запровадити ефективні механізми компенсації вартості надання медичної та фармацевтичної допомоги за моделлю «гроші ходять за пацієнтом» не лише у первинній медико-санітарної ланці, а й на рівні спеціалізованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги;

– здійснити поступовий перехід до E-Health, як міжнародної стратегії розвитку охорони здоров'я;

– реформувати медичну та фармацевтичну освіту у напрямку впровадження сучасних форм й методів навчання майбутніх фахівців СОЗ;

– провести децентралізацію фінансування закладів охорони здоров'я, які обслуговують населення за державними цільовими програмами, на кшталт «Доступні ліки». Насамперед, необхідно впроваджувати нові моделі ефективної реалізації можливостей місцевої влади щодо фінансування закладів СОЗ.

Підсумовуючи результати досліджень можна стверджувати, що реалізація всіх означених заходів є складним питанням, вирішення якого залежить не лише від наявності відповідного фінансового забезпечення та стабільності у державі. Всі більш важливого значення набуває формування у державотворців чіткого розуміння актуальності та незворотності цих процесів, яке повинно ґрунтуватися на їх політичній волі щодо подальшого реформування СОЗ.

Список використаних джерел

1. Knyazevich, V. M., Zhalilo, L. I. (2015). Systemic crisis in Ukraine as the context of health care reform. *Bulletin of the National Academy of State Administration*, (3), 99–104.

РЕФОРМА СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ОРТОПЕДІВ–ТРАВМАТОЛОГІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Процик А.

Герцен Г.

Білоножкін Г.

Мовчан О.

Остапчук Р.

***Кафедра ортопедії і травматології №1,
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна***

Проведений аналіз роботи кафедри ортопедії і травматології №1 НМАПО імені П. Л. Шупика в період карантину обумовленого пандемією COVID-19 (перше півріччя 2020р.). Навчальний процес відбувався у дистанційній формі. Проведено 6 циклів навчання: 1 цикл підготовки лікарів інтернів, 3 – ТУ, один із яких виїзний та 2 - спеціалізації із спеціальностей: «Дитяча ортопедія і травматологія» та «Ортопедія і травматологія». Педагогічне навантаження викладачів відповідає вимогам академії і складає згідно плану 1112, фактично 1278 годин. Виконання державного календарного плану роботи кафедри на півріччя виконано на 100%. Окрім вказаного, співробітниками кафедри розроблено та затверджено 12 нових навчальних планів та програм, котрі мають відповідний попит серед лікарів.

Ключові слова: реформа, лікарів ортопедів-травматологів, пандемія COVID-19

Вступ: Зміни в суспільстві України обумовлені пандемією COVID-19 несуть значні вимоги перед соціумом про необхідність відповідних змін усіх процесів, котрі відбуваються в державі, в тому числі і в системі вищої медичної освіти. Процес реформування вищої освіти розпочатий і триває понад п'ять років, що дозволило певним чином започаткувати дистанційні та інші методи навчання. Одним з основних завдань системи безперервного професійного розвитку лікарів, на думку ректора НМАПО імені П. Л. Шупика, академіка НАМН України, д.м.н., професора Ю. В. Вороненко, є: «... напрямок розвитку системи підвищення професійної кваліфікації лікарів розвинених країн світу - дистанційна (у тому числі в режимі on-line) форма навчання, завдяки якій підвищення професійної кваліфікації можливе без припинення робочого процесу, тобто є максимально доступним для кожного спеціаліста.» [1; 2; 3]. Кафедра ортопедії і травматології №1 постійно працює над вимогами та

поліпшує свої можливості по підвищенню рівня якості та виконання плану державного замовлення післядипломної освіти лікарів ортопедів-травматологів. [3; 4.].

Мета роботи: Дати характеристику проведеної роботи співробітниками кафедри ортопедії і травматології №1 в період оголошеного карантину з приводу «COVID-19», перше півріччя 2020 року.

Основна частина: Відповідно рекомендацій адміністрації академії в період оголошеного карантину з приводу «COVID-19», на кафедрі проводилось навчання з використанням дистанційних технологій. Між кураторами та слухачами існували постійні зв'язки у тому числі з використанням систем «Zoom», «WhatsApp», «Viber» та інших on-line режимів. Проводились лекції та семінари. Особливо складнощі виникали при проведенні практичних занять, які виконувались з використанням технологій дистанційного навчання - ситуаційних завдань, тестових питань, протоколів діагностики та лікування ортопедо-травматологічних хворих тощо. Слухачі та інтерни отримували відповіді на інтересуючі їх запитання відповідно робочого навчального плату циклів.

Одночасно, враховуючи сучасні вимоги та потреби слухачів, співробітники кафедри провели значну роботу по розробці нових навчальних планів та програм на теми, які мають попит. Причому, термін циклів було зменшено до 0,5 місяця, що також немало важно для слухачів. Таким чином розроблено 12 нових навчальних планів та програм тематичного удосконалення та необхідного пакету документів до кожного плану (практичних навичок). Це такі цикли: ТУ «Деформуючий артоз (остеоартроз) великих суглобів» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Травми, їх наслідки та захворювання кульшового суглоба у дітей» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Остеохондроз хребта. Вертеброгенні артропатії» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Сучасні методи діагностики та лікування захворювань суглобів» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Ударно-хвильова терапія у лікуванні наслідків травм і захворювань опорно-рухового апарату» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Ударно-хвильова терапія в амбулаторних умовах при пошкодженнях і захворюваннях хребта і кінцівок» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Актуальні питання ортопедії і травматології» (для керівників лікарів-інтернів на базах практичного стажування) тривалістю 0,5 місяця (дане ТУ згідно плану кафедри переробляється, доповнюється та має у жовтні місяці податись на вчену раду для затвердження). ТУ «Амбулаторна допомога хворим з пошкодженням і захворюванням кісток та суглобів» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Амбулаторна допомога дітям із пошкодженням опорно-рухового апарату» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Амбулаторне лікування остеоартрозу великих суглобів» тривалістю 0,5 місяця; ТУ

«Амбулаторна допомога дітям із захворюванням опорно-рухового апарату» тривалістю 0,5 місяця; ТУ «Остеоартроз великих суглобів клініка, діагностика та лікування. Ендопротезування.» тривалістю 0,5 місяця.

Протягом усього періоду роботи на кафедрі на момент карантину співробітники кафедри ортопедії і травматології №1, виконували свої функціональні обов'язки, відповідаючи за конкретні розділи роботи; Проводили координуючу та контролюючу функції по проведенню запланованих циклів, їх комплектування, проведення та виконання навчальних планів, курацію циклів та проведення відповідних занять із дотриманням норм педагогічного навантаження;

Згідно навчального календарного плану за вказаний період на кафедрі було проведено **1** цикли підготовки лікарів інтернів, **3** – ТУ, один із яких виїзний та **2** спеціалізації із спеціальностей: «Дитяча ортопедія і травматологія» та «Ортопедія і травматологія». Це такі цикли:

Інтерни 2 рік навчання. Випуск 2018 року. із 03.02. по 30.06.2020р. План 6, виконання 6 інтернів. Процент виконання становить 100%;

Спеціалізація за фахом «Дитяча ортопедія і травматологія» із 02.03. по 05.06.2020р. План 12, виконання 10+6 контрактних. Процент виконання бюджету становить 83,3% + 6 позапланових контрактників; Загальний відсоток виконання становить 133,3%

Спеціалізація за фахом «Ортопедія і травматологія» із 02.03. по 09.07.2020р. План 7, виконання 7+2 контрактних. Процент виконання становить 100%+2 позапланових контрактника. Загальний відсоток виконання становить 128,5%;

ТУ «Деформуючий артоз великих суглобів. В» із 10.03. по 24.03.2020 р. План 28, виконання 28 + 1 контракт. Процент виконання становить 100%+ 1 позаплановий контрактник. Загальний відсоток виконання становить 103,5%;

ТУ «Дегенеративно дистрофічні ураження хребта, вторинні порушення опорно-рухового апарату» із 30.03.по 10.04.2020р. План 6, виконання 5+8 контрактних. Процент виконання бюджету становить 83,3%+8 позапланових контрактників, Загальний відсоток виконання становить 103,5%;

ТУ «Ударно-хвильова терапія у лікуванні наслідків травм і захворювань опорно-рухового апарату» із 05.05. по 18.05.2020р. План 12, виконання 12 слухачів. Процент виконання становить 100%.

Слід зазначити, що заплановані цикли були проведені в повній мірі. Педагогічне навантаження викладачів відповідало нормативним вимогам. в таблиці представлено навантаження викладачів кафедри за I півріччя 2020р.

Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я

№	Назва циклів	Лекції		Практичні заняття		Семінари		Консультації	Екзамени		Всього	
		План	Вик.	План	Вик.	План	Вик.		План	Вик.	План	Вик.
1	Герцен Г. І.	12	12	118	138	32	32	-	-	-	162	182
2	Мовчан О.С.	4	4	138	138	32	32	-	-	-	154	154
3	Процик А.І.	18	14	78	116	43	80		10	2	149	212
4	Білоножкін Г.Г.	18	12	78	134	43	76		-	-	139	222
5	Дибклюк С.В.	8	4	90	60	4	26		2	2	104	94
6	Остапчук Р.М.	82	76	134	126	70	58	-	-	-	274	248
7	Штонда Д.В.	2	2	50	44	88	118	-	-	2	130	166
	ВСЬОГО	144	124	686	756	312	422		12	6	1112	1278

Серед інших навчальних робіт слід відмітити керівництво навчальним процесом п'ятьох клінічних ординаторів, громадян іноземних держав та трьох аспірантів, громадян України. Вказані клінічні ординатори та аспіранти також проходили навчання з використанням дистанційних технологій. в основі навчання було покладена теоретична самопідготовка згідно їх індивідуальних планів для клінічних ординаторів та робота над відповідними розділами наукових праць для аспірантів.

Висновки. Сучасні методики навчання потребують від викладачів впровадження інноваційних методів. Ефективність цього процесу прямо пропорційна готовності викладача до впровадження інновацій. в системі підвищення ефективності післядипломної освіти ортопедів-травматологів необхідно систематично удосконалювати професійну і педагогічну майстерність викладачів, сучасну педагогічну технологію навчання удосконалення на основі очно-заочної форми з елементами ДН у форматі on-line, що дозволить підвищити ефективність медичної післядипломної освіти лікарів.

Список використаних джерел

1. Цілі сталого розвитку в Україні. Вилучено з <http://sdg.org.ua/ua/>.
2. Про вищу освіту (Закон України) №1556-VII, (2014), Офіційний вісник України, (63), Ст. 1728.
3. Вороненко, Ю. В., (2014), Дистанційне навчання в режимі on-line: нові можливості для професійного розвитку, нові перспективи. Вилучено з <https://nmapo.edu.ua/index.php/uk>.
4. Процик, А. І., Герцен, Г. І., Мовчан, О. С., Дибкалюк, С. В., Білоножкін, Г. Г., Остапчук, Р. М., Штонда, Д. В. (2017). Сучасні погляди на післядипломну тематичну підготовку ортопедів-травматологів., *Матеріали всеукр. наук.-практичн. конф. з міжнарод. участю : Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні.* (2), 284–285.
5. Процик, А. І., Г. І. Герцен, Мовчан, О. С., Білоножкін, Г. Г., Штонда, Д. В., (2019). Інноваційний погляд на після – дипломну тематичну підготовку ортопедів-травматологів. *Новітні чинники впливу на розвиток особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я* : *Матеріали ХІХ міжнар. наук. конф.* (с. 99–101). 20 березня, 2019, Київ, Україна: ФО-П Сіренко О. В.

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ХІРУРГІЇ

Саволюк С.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри хірургії та судинної
хірургії*

**Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Україна**

<https://orcid.org/0000-0001-5406-8228>

В роботі представлені основні хірургічні тренди, що визначають динаміку прогресу в хірургічній науці, проблеми та виклики перед післядипломними закладами та на прикладі власної роботи намічено шляхи їх вирішення та подолання.

Ключові слова: хірургічні тренди – освітні технології – вимоги часу – план роботи – конкурентне середовище.

Сучасні малоінвазивні технології докорінним чином змінили хірургічну парадигму та філософію, доктрину та стратегію, тактичні підходи та окремі хірургічні терміни, зокрема поняття про традиційну та амбулаторну хірургію. Поляризація сучасних методів малоінвазивної хірургії: відеоасистовані ендоскопічні та лапароскопічні методи, черезшкірні навігаційні (контрольовані) втручання, ендovasкулярна хірургія, їх конвергенція, асиміляція та доповнення в випадках гібридних операцій, які акцентовані на якість життя оперованих пацієнтів при неухильному збереженні принципів радикальності, з одного боку, а з іншого боку - традиційні методи агресивної лапаротомної хірургії, ставлять перед фахівцями наступні питання: що називати традиційною хірургією?; де межа між юрисдикціями госпітальної (стаціонарної) та амбулаторної хірургії?; яка роль на сучасному етапі відкритої (лапаротомної) хірургії?; як в цих умовах здійснювати підготовку профільних фахівців?

Нинішня ургентна та планова хірургія вступила в епоху безпечних суперрадикальних розширених мультивісцеральних резекцій, симультанних операцій та агресивної хірургічної тактики. Це стало можливим завдяки інтеграції механізмів та факторів концепції "6 M": Мультиmodalність (програми – Fast Track Surgery, ERAS), Мультидисциплінарність (різнопрофільні підходи), Мультитехнологічність (лапароскопія, ендоскопія, навігаційні пункційні технології, ендovasкулярні та гібридні операції з асиміляцією технологій), Мультифункціональність (полі функціональні електрохірургічні інструменти в лапароскопії та ендоскопії, електрозварювання живих біологічних тканин, зшивальні апарати – лінійні та циркулярні степлери, системи дублювання), Мультипроекція (доопераційний облік, прогнозування та індивідуальне планування нестандартних нештатних ситуацій, 3D-карти патології), Мультифокус (урахування всіх сприятливих та несприятливих факторів для отримання надійного прогнозованого сприятливого прогнозу для пацієнта, облік всіх факторів (3D-моделі контролю та симуляція, доповнена реальність, робот-асоційована хірургія, мета яких прогнозованість та очікуваність сприятливого результату).

Таким чином, комбінація хірургічних інновацій та технологій, оволодіння ними, їх агресивне впровадження ставить собі за мету намагання позбутися впливу людського фактору, що виводить сучасну

хірургію на рівень уніфікації, стандартизації та протокольності (стандартна операційна та технологічна процедура), що створює виклики для державної системи післядипломної освіти та стимулює кожного з учасників цього процесу до безперервного пошуку можливостей професійного зростання (системність та систематичність), вступаючи в конкурентні відносини з приватними структурами за споживача послуг (інтерни, слухачі), стимулюючи та прискорюючи створення ефективних професійних навчальних (тренінгових, симуляційних) фахових центрів, в умовах якого буде здійснюватися планомірна підготовка до зростання кривої навчання спеціаліста при роботі з сучасним хірургічним обладнанням згідно вимог та викликів сучасної клінічної хірургії. Без сумніву, створення та формування конкурентного середовища спонукає колективи клінічних кафедр до постійного вдосконалення (інформаційного, професійного та технологічного), активного використання сучасних інформаційних (хмарні сервіси, соціальні мережі) та інтерактивних технологій для свого позиціонування на ринку освітніх послуг, презентуючи свої досягнення, свої наукові та клінічні можливості, модернізуючи навчальні програми та плани, приваблюючи слухачів та лікарів-інтернів для своїх клінічних баз.

Впродовж останніх 5-ти років (2016-2020 рр.) всі напрямки діяльності кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика (зав. каф. – професор Саволюк С.І.) (освітня – післядипломна медична освіта та безперервний професійний розвиток; підготовка науково-педагогічних кадрів; науково-дослідницька; інноваційна; надання медичної допомоги) здійснюється згідно інтегрованої системи управління якістю за стандартом ISO 9001 : 2015, що спонукало колектив кафедри та клініки активно впроваджувати сучасні інформаційні продукти та інноваційні технології в навчальний, науковий та лікувально-консультативний процес, міжнародну та маркетингову діяльність.

З метою популяризації, позиціонування та презентації здобутків кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика активно представлена в мережі Internet: на сайті академії (203 інформаційних матеріалів, з них 53 англійською мовою), на власних кафедральних сайтах (створення центрів лапароскопії, малоінвазивної флебології, центру лікування трофічних виразок та синдрому діабетичної стопи), в соціальних

мережах (Facebook, Instagram, Google+, LinkedIn) та відео-хостінг ресурсі (YouTube) для висвітлення цікавих клінічних випадків та складних операцій, для телемедичного консультування застосовуються програми месенджери – Telegram, Viber, WhatsApp та спеціально створена кафедральна платформа, що особливо знадобилася в 2020 році в зв'язку з пандемією COVID-19.

Створення в 2016 році навчально-тренінгового кафедрального центру, його постійне вдосконалення шляхом активної співпраці з комерційними фірмами (виробниками хірургічного обладнання) дозволив забезпечувати навчання слухачів на програмних циклах тематичного удосконалення, передатестаційних циклах та спеціалізації, лікарів-інтернів 1, 2 та 3-го років навчання, клінічних ординаторів та аспірантів

Клас обладнаний 2 лапароскопічними тренажерами, генераторами різних видів хірургічної енергії (моно-, біполярна, електрозварювання), наявні всі види електрохірургічних інструментів та зшивальних апаратів, наборами шовного матеріалу та синтетичних імплантів, мультимедійним супроводом, інтерактивною системою для майстер-класів в режимі Live Surgery та системою для запису та архівування потокового відео в режимі on-real-time в обладнаній кафедральній лекційній аудиторії, що має прямий мультимедійний та мереживний зв'язок з кафедральною операційною (зображення подається як загального плану, так і з ендоскопічної та лапароскопічної камери), що дозволяє активно проводити тематичні майстер-класи та науково-практичні клінічні конференції в режимі живої хірургії.

Навчання в тренінговому класі здійснюється за індивідуальною програмою за попередніми результатами анкетованої кривої навчання. Здача практичних навиків та вмінь на лапароскопічному тренажері є обов'язковим компонентом при проведенні проміжної та заключної атестації лікарів-інтернів з інтеграцією його в комплекс об'єктивного структурованого клінічного іспиту, слугуючи базовим критерієм допуску до лапароскопічних операцій, при підсумковій атестації слухачів згідно зазначених програм передатестаційної підготовки, тематичного удосконалення та спеціалізації.

З метою активного залучення лікарів-інтернів до наукової діяльності та проведення об'єктивного конкурсу до вступу в клінічну ординатуру та

аспірантуру, підготовки доповідей до конференції молодих учених кафедрою впроваджено методику Днів інновацій, коли щотижня слухаються цікаві хірургічні новини, розробки, відкриття, доповіді з актуальних тем усіх розділів клінічної хірургії, звіти з наукових форумів.

За цей період співробітниками кафедри було виконано 4986 хірургічних втручань, які охоплюють весь спектр ургентної та планової хірургічної патології органів черевної порожнини та заочеревинного простору з використанням традиційного та лапароскопічного доступів, сучасну алопластику черевних гриж та складних дефектів черевної стінки, малоінвазивну хірургію варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, малотравматичну колопроктологію та радикальну онкохірургію, займаючи передові позиції щодо застосування протоколів хірургії швидкого відновлення (Fast Track Surgery) та технології електрозварювання живих тканин в повсякденній роботі хірургічної клініки, що створило потужний навчальний та презентаційний науковий архів відеоматеріалів кафедри.

Активне використання інтерактивних навчальних технологій дозволив інтегрувати в навчальні плани серію тематичних майстер-класів та науково-практичних конференцій в режимі живої хірургії, залучаючи до участі співробітників 4 державних та 2 приватних клінічних кафедральних баз, лікарів-інтернів, слухачів в межах навчальної програми з висвітленням програми на сайтах НМАПО і кафедри та в соціальних мережах.

Висновок. Впровадження системи управління якістю всіх напрямків діяльності кафедри, активне використання сучасних інформаційних та інтерактивних технологій та ресурсів, підтримка корпоративної культури, високого рівня мотивації, прагнення до постійного професійного зростання та вдосконалення колективу співробітників дозволяє вивести викладацьку, наукову, інноваційну, міжнародну та лікувально-діагностичну роботу в орбіту сучасних трендів, доводячи вітчизняні пріоритети в усіх розділах хірургії, долаючи конкуренцію з приватними закладами за споживача освітніх послуг на післядипломному рівні.

ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Харченко Н.

*д.мед.н., професор, член-кореспондент
Національної академії медичних наук
України, завідувач кафедри
orcid.org/0000-0002-6683-3748*

Коруля І.

*к.мед.н., доцент кафедри
orcid.org/0000-0001-9453-780X*

Харченко В.

*д.мед.н., доцент кафедри
orcid.org/0000-0001-7443-2314*

**Кафедра гастроентерології, дієтології
і ендоскопії Національної медичної
академії післядипломної освіти імені
П.Л. Шупика, Київ, Україна**

Питання ефективності підготовки лікарів на сучасному етапі є дуже важливим та потребує корекції методичних підходів щодо її організації. Збільшення питомої ваги клінічних розборів в групах лікарів-слухачів підвищить можливості практичної підготовки при використанні навчання в он-лайн режимі. Необхідно переглянути вагомість балів та перелік заходів, які дозволяють якісно навчати лікарів, забезпечити можливість зворотного зв'язку та контроль знань.

Ключові слова: післядипломна підготовка, якість навчання, зворотній зв'язок.

Ефективність надання медичної допомоги залежить від багатьох чинників, серед яких вчасність, якість підготовки лікарів, економічна складова та інші. За даними ВООЗ попередження виникнення захворювання є першочерговим завданням сучасної медичної науки і практики. Тому розвиток профілактичної медицини, підвищення рівня знань з питань попередження захворювань, виявлення та лікування на початкових стадіях патологічних змін в організмі повинно бути одним з головних напрямків підготовки лікарів, особливо сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей.

Кількість хворих з патологією органів травлення у світі постійно збільшується, враховуючи якість їжі, питної води, зловживання ліками, алкоголем та інше[1; 2; 3].

Нажаль, серед сімейних лікарів якість надання допомоги хворим з патологією шлунково- кишкового тракту далеко не завжди є задовільна. Так, за результатами масштабного дослідження [4] 81 % сімейних лікарів роблять суттєві помилки при лікуванні хворих із кислото залежними захворюваннями.

Якість підготовки лікарів завжди була пріоритетним завданням системи післядипломної освіти. і в період збільшення заходів навчання, що здійснюються в дистанційному форматі, питання якості підготовки потребують додаткової уваги.

Цикли тематичного удосконалення, з елементами дистанційного навчання, що проводились останні роки, передбачали окрім лекцій он-лайн ще і спілкування з лікарями, розбори клінічних випадків, обходи хворих, роботу безпосередньо з пацієнтом. Це відпрацювання практичних випадків, контроль рівня засвоєння матеріалу і давала змогу забезпечити належний рівень підготовки лікарів. в період карантину коли ми вимушені проводити заняття тільки он-лайн, відсутній безпосередній контакт викладача з лікарями слухачами та лікарів слухачів з хворим. Крім того необхідні для атестації бали можна отримати після вебінарів, семінарів, з'їздів, круглих столів та інше. Ці заходи безсумнівно дають певну корисну інформацію, але немає живого безпосереднього контакту викладача, лікаря слухача та хворого, відсутній практичний розбір деталей з яких складається якісна лікарська допомога: встановлення діагнозу, розробка алгоритму дій у конкретного хворого та інше. Це ставить нові завдання перед системою післядипломної освіти.

З метою покращення якості знань лікарів необхідно удосконалювати систему навчання он-лайн. Збільшити кількість балів за цикли тематичного удосконалення та зменшити за участь (інколи тільки реєстрацію?!) в конференціях, вебінарах та інше.

Учбовим закладам необхідно забезпечити можливість безлімітного користування певними платформами (напр. Zoom), щоб не страждала якість трансляцій учбового процесу. Практичні заняття та клінічні розбори проводити з візуалізацією кожного лікаря слухача та живим спілкуванням.

Необхідно переглянути доцільність традиційних форм методичної документації. Забезпечити зворотній зв'язок та контроль знань наших слухачів.

Все це потребує нових підходів, бажання та можливостей вводити зміни, які будуть сприяти якісній підготовці лікарів.

Список використаних джерел

1. Степанов, Ю. М., Скирда, І. Ю., Петішко, О. П. (2019). Хвороби органів травлення – актуальна проблема клінічної медицини. *Gastroenterologia*, 53(1),1-6. doi: 10.22141/2308-2097.53.1.2019.163450.

2. Progress on the prevention and control of non-communicable diseases: report of the Secretary-General. United Nations. New York: UN, 21 Dec. 2017. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/1474584#record-files-collapse-header>.

3. Peery, AF et al. (2018). Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States, *Gastroenterology*, Oct, 10, 2018. ; URL: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.063>.

4. Маев, И. В. и соавт. (2017). Возможности рН-импедансометрии и манометрии высокого разрешения при ведении пациентов с рефрактерной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Терапевтический архив*. 89(2), 76-83. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/10219>.

ПІДГОТОВКА КАПЕЛАНІВ ДЛЯ ПОТРЕБ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ УКРАЇНИ

Убогов С.

д. фарм. н., доцент, завідувач кафедри контролю якості і стандартизації лікарських засобів,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л.

Шупика, Київ, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-9684-7323>

В роботі розглянуто історичний і сучасний світовий досвід та показано перспективи впровадження в Україні підготовки капеланів для потреб охорони здоров'я. Проаналізовано зміст програм циклів спеціалізації з клінічної душпастирської освіти капеланів.

Ключові слова: капелан, охорона здоров'я, клінічна душпастирська освіта, спеціалізація.

Капелани в охороні здоров'я – це священнослужителі й інші працівники релігійних організацій, уповноважені виконувати обов'язки щодо здійснення душпастирської опіки в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ). Історія служіння священників (капеланів) при лікарнях сягає кількох століть. Разом з тим, професійне капеланство почало розвиватися близько 100 років тому. Першу програму з клінічної душпастирської освіти (КДО) капеланів було запроваджено у 1925 р. преподобним Антоном Теофілусом Бойзенем – капеланом психіатричної лікарні м. Вустер (штат Массачусетс, США). Мета навчання полягала у тому, щоб дати студентам-богословам «клінічний досвід», вивести їх з навчальних класів до лікарняних палат, щоб практикувати богослов'я там, де воно найбільш необхідне – в особистому контакті з людьми, які опинилися у кризовій ситуації. Бойзен назвав цей підхід вивченням «живих людських документів» [1]. Бойзен та його однодумці намагалися «стимулювати душпастирів досліджувати свій внутрішній світ, щоб стати більш чутливими супутниками боротьби інших людей з життєвими проблемами». Вони намагалися поєднати «зовнішній та внутрішній світ учнів, пізнавальний з емоційним, теорію з практикою, теологію з психологією». На сьогодні священнослужителі, які пройшли навчання з КДО, служать у ЗОЗ по всій території США, Канади й Австралії. в 1960-х рр. рух КДО почав розвиватися також у країнах Європи, де відбулося поєднання американських, британських та німецьких моделей душпастирської опіки. в 1990 р. в м. Берлін було засновано Європейську мережу капеланів в охороні здоров'я (ЄМКОЗ), що є міжконфесійною організацією, яка об'єднує капеланів з різних країн, які здійснюють душпастирську опіку в ЗОЗ. у 2002 р. в м. Турку (Фінляндія) пройшла 7-ма Нарада ЄМКОЗ, на якій було прийнято Засади капеланства в охороні здоров'я [2]. в цій нараді взяв участь представник України, яка з того часу офіційно представлена у складі ЄМКОЗ. у 2020 р. було створено Асоціацію капеланів в охороні здоров'я України, основними завданнями якої є: сприяння створенню капеланських служб у ЗОЗ; участь в розробці програм підготовки і професійних стандартів капеланів; сертифікація й атестація капеланів; акредитація центрів КДО. Важливою тенденцією розвитку капеланства в охороні здоров'я є проведення наукових досліджень та накопичення доказової бази щодо ефективності душпастирської опіки та її позитивного впливу на процес одужання пацієнтів.

Аналіз сучасного досвіду розвинених країн світу (США, Канада, держави ЄС) показує, що на сьогодні капелани до початку самостійної професійної діяльності повинні обов'язково проходити богословську та клінічну підготовку. в подальшому вони мають постійно підвищувати або підтверджувати свою кваліфікацію. Богословська підготовка капеланів проводиться у закладах вищої духовної освіти, в яких здійснюється навчання бакалаврів та магістрів за спеціальністю 041 «Богослов'я». Клінічна підготовка капеланів здійснюється за ступеневою системою на циклах первинної спеціалізації з КДО першого (базового) рівня (обсяг програми – 400 год.) та другого (поглибленого) рівня (обсяг програми – 1200 год.). КДО – це клінічна спеціалізована підготовка з метою набуття капеланом здатності виконувати завдання та обов'язки щодо здійснення душпастирської опіки в ЗОЗ [3]. На даний час ця підготовка здійснюється у формі інтернатури або резидентури. Також для капеланів передбачено проходження вторинної спеціалізації на циклах з капеланського менеджменту в охороні здоров'я (тривалість навчання – 4 міс.) та супервізії у клінічній душпастирській освіті (тривалість навчання – від 1 до 3 років), що здійснюється у формі резидентури. Безперервний професійний розвиток капеланів здійснюється шляхом навчання на короткотривалих курсах (тривалість навчання – 1–2 тижні) та участі у заходах інформальної освіти (конференціях, семінарах, тренінгах, майстер-класах).

В західних країнах клінічна підготовка та підвищення кваліфікації капеланів здійснюється в акредитованих центрах КДО, що діють при госпіталях [4]. в Україні цю підготовку планується проводити у закладах вищої духовної та медичної освіти з обов'язковим проходженням практичної підготовки на базі ЗОЗ. Вітчизняними закладами вищої освіти, в яких планується розпочати підготовку з КДО, на сьогодні є Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Український католицький університет, Київська православна богословська академія. Навчання капеланів може здійснюватися на кафедрах, до профілю яких входить викладання тем, передбачених навчальними планами і програмами циклів спеціалізації з КДО, або у навчально-наукових центрах КДО, що можуть створюватися у структурі закладів вищої освіти. в рамках цього Робочою групою МОЗ України з питань впровадження капеланства у сфері охорони здоров'я, утвореної наказом МОЗ України від 07.06.2019 № 1321, було розроблено навчальні плани та уніфіковані програми з КДО, що адаптовані до умов України та різних конфесій.

Програми циклів спеціалізації з КДО передбачають вивчення наступних основних питань: історія капеланства; політика у сфері охорони здоров'я; законодавство, що регулює охорону здоров'я і релігійну діяльність; основи організації охорони здоров'я; богословські погляди на здоров'я, хворобу і страждання людини; теорії душпастирства; роль та ідентичність капелана в охорони здоров'я; професійне й особисте життя капелана; організація роботи капелана та капеланської служби щодо здійснення душпастирської опіки у ЗОЗ; основи служіння в команді; основи загальної та медичної психології; основи душпастирської (духовної) опіки і консультування; принципи душпастирської опіки пацієнтів різних категорій, їх сімей та персоналу ЗОЗ; правила відвідувань пацієнтів; навички активного слухання; принципи паліативної та хоспісної допомоги; принципи душпастирського супроводу людей, які втратили близьких; дії у надзвичайних ситуаціях; основи духовно-психологічної допомоги при кризових станах й посттравматичному стресовому розладі; правила санітарії і гігієни; правила догляду за хворими; основи здорового способу життя; правила домедичної допомоги; основи клінічної медицини та медичної термінології; основи фізичної і психологічної реабілітації; основи біоетики та медичної етики; пастирська етика; форми і методи просвітницької роботи; стан релігії в Україні; духовні (сакральні) практики; основи державно-конфесійних та міжконфесійних (міжрелігійних) відносин; міжкультурне служіння; принципи профілактики синдрому професійного вигорання тощо [5]. На всіх рівнях підготовки слухачі циклів з КДО здобувають здатність дотримуватися вимог професійних стандартів і норм Етичного кодексу капелана в охороні здоров'я, внутрішнього розпорядку ЗОЗ, вимог санітарно-епідеміологічного режиму, особистої гігієни і протипожежної безпеки, правил спільного використання культових споруд, майна й інших засобів для служіння.

У навчальних планах і програмах циклів спеціалізації з КДО всіх рівнів має обов'язково передбачатися практична підготовка, що містить «дію» (власне практику душпастирського служіння) та «рефлексію» (написання та обговорення душпастирських зустрічей) [3]. Практична підготовка проходить на базі ЗОЗ на підставі договору (угоди) про співробітництво між закладом вищої освіти та ЗОЗ. База практичної підготовки має відповідати таким основним вимогам: мати у своєму складі лікувально-діагностичні відділення, капеланську службу та інші підрозділи, навчання слухачів в яких передбачене навчальним планом і програмою

відповідного циклу спеціалізації; мати можливість надати слухачам робочі місця і обсяг роботи відповідно до вимог навчальних планів і програм відповідного циклу спеціалізації; мати навчальні приміщення для слухачів, обладнані необхідними навчально-методичними посібниками, таблицями, стендами, технічними засобами навчання тощо. Як правило, обсяг навчальної практики повинен складати не менше 70 % від загального обсягу навчальних годин, передбачених навчальними планами і програмами відповідних циклів спеціалізації з КДО. Керівництво практичною підготовкою здійснюють викладачі закладів вищої освіти та/або капелани-супервізори ЗОЗ.

Висновок. На підставі вивчення історичного та сучасного світового досвіду показано перспективи впровадження в Україні підготовки капеланів для потреб охорони здоров'я. Проаналізовано зміст програм циклів спеціалізації з клінічної душпастирської освіти капеланів, що планується проводити у закладах вищої духовної та медичної освіти.

Список використаних джерел

1. *History of Healthcare Chaplaincy and HCMA.*
<https://www.hcmachaplains.org/history-of-healthcare-chaplaincy-and-hcma/>.
2. *Засади медичного капеланства в Європі.*
<http://www.enhcc.eu/Standards%20Ukaranian.pdf>.
3. Rodney J. R. Stokoe. (2005). *Clinical Pastoral Education*. THE NOVA SCOTIA MEDICAL BULLETIN. 2005 photo copy of Original 1974 article.
http://www.spiritualcare.ca/flow/uploads/docs/cpehistory_stokoe.pdf.
4. *Розвиток медичного капеланства в Україні: передумови, потреби та перспективи* (2016). Матеріали всеукраїнської міжконфесійної конференції. 28-29 січня, 2016. Київ, Україна.
5. Richard Brown. *Sample Syllabus CPE Extended Unit.*
<https://www.carilionclinic.org/cpe-syllabus>.

СЕКЦІЯ: СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ І ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КАДРІВ

ЗАПРОВАДЖЕННЯ МОДУЛЬНОГО ПІДХОДУ У ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ НАВЧАННІ З СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Мішалов В.

Хохолева Т.

Гуріна О.

Петрошак О.

Москаленко В.

Національна медична академія

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Обґрунтовується необхідність коректування навчальних планів з інтернатури, передатестаційних циклів та розробки навчальної програми до циклу тематичного удосконалення щодо вивчення питань судово-медичної експертизи.

Ключові слова: практичне заняття, черепно-мозкова травма, судово-медична експертиза.

Важливою, і на жаль – істотною рисою останнього десятиріччя є невпинне збільшення травматизму серед всіх вікових груп населення із стабільною тенденцією до росту кількості черепно-мозкових травм, сполучених черепно-лицьових ушкоджень та черепно-мозкових травм, поєднаних з екстра краніальними ураженнями. Цей факт обумовлює підвищення рівня професійної компетентності лікарів судово-медичних експертів, особливо на післядипломному етапі.

Аналіз стану викладання окремих аспектів травм показує, що цим питанням надається постійна увага не тільки профільними кафедрами медичних вузів України, країн СНД, але й закладами практичної експертної діяльності [1; 2]. Серед більшості відомих публікацій наголошується про необхідність впровадження коректування навчальних планів та програм з судово – медичної експертизи таким чином, щоб вони були підставою для формування цілісного експертного уявлення про патогенез, клінічний перебіг, наслідки та патоморфологічні прояви травм,

зокрема черепно-мозкових ушкоджень у потерпілих різних вікових груп, саме на етапі післядипломної освіти.

Разом з тим, існуючі програми навчання в інтернатурі та на циклах тематичного удосконалення, зокрема з судово-медичної експертизи транспортної травми і передатестаційних циклів з судово-медичної експертизи, містять невелику кількість навчальних годин, присвячених вивченню клінічних і патоморфологічних аспектів черепно-мозкової травми.

На наш погляд, враховуючи всі означені аспекти цієї проблеми, слід вказати не тільки на наявність нагальної потреби організації під час післядипломного навчання лікарів - судово-медичних експертів циклу тематичного удосконалення з актуальних питань судово-медичної оцінки черепно-мозкових ушкоджень, але й розширити викладання означеної теми на передатестаційному циклі з судово-медичної експертизи таким чином, щоб з максимальною повнотою охопити весь обсяг теоретичних знань та практичних навиків, необхідних для подальшої експертної практичної діяльності на сучасному етапі. Викладання на такому циклі тематичного удосконалення доцільно побудувати за блочно-модульним принципом по таким розділам:

- особливості механізму і морфології ушкоджень кісток черепа, мозкових оболонок, речовини головного мозку в залежності від характеру травмуючих предметів - 36 годин;

- особливості механізму і морфології черепно – мозкових ушкоджень при різних видах транспортної травми, дії вогнепальної зброї, у тому числі – нових видів зброї захисного або нелетального спрямування - 36 годин;

- особливості патоморфологічних змін в речовині головного мозку і його оболонках в залежності від існуючого преморбідного фону, термінів травмування, наявності алкогольної, наркотичної та інших видів гострої і хронічної інтоксикації - 12 годин;

- аналіз перебігу клінічних форм „гострого періоду” черепно-мозкової травми у потерпілих різних вікових груп та особливості його експертної оцінки - 36 годин;

- характер наслідків черепно-мозкових ушкоджень у різних вікових групах та їх експертна оцінка - 14 годин.

Розпочинати кожен з блоків - модулів має лекційний матеріал (по 2 години на кожний розділ), який окреслює найбільш значимі аспекти обраної проблеми та вказує шляхи максимально ефективного засвоєння викладеного.

У зв'язку з приєднанням України до Болонської угоди щодо концепції розвитку вищої освіти, на практичних заняттях викладачем мають бути сформульовані: мотивація вивчення теми, мета та завдання практичного заняття, що націлені на схематичне представлення матеріалу, спрямованість слухачів на самостійне ознайомлення з адресно-орієнтованою учбово-методичною літературою та електронними версіями учбово-методичних посібників. Семінарські заняття мають бути присвячені контролю ефективності засвоєння знань на прикладі вирішення ситуаційних завдань, побудованих на конкретному експертному матеріалі, що узагальнюють випадки судово-медичної експертної практики, а також – контрольних тестових завдань. Корекція результатів вивчення теми здійснюється з еталонами тестових завдань і практичних навиків.

Після закінчення блоку (циклу лекцій, практичних і семінарських занять) слухачі складають іспит, в процесі якого здійснюється перевірка теоретичного рівня отриманих знань, засвоєння практичних навиків і оцінка вмінь вирішувати конкретні питання, що виникають у професійній експертній діяльності.

Щодо проведення передатестаційних циклів з судово-медичної експертизи, ми вважаємо за доцільне розширити цей розділ курсу за рахунок збільшення годин практичних занять (до 30 годин) таким чином, щоб слухачі могли опрацювати учбовий матеріал за темами, викладеними вище. При цьому, при проведенні таких практичних занять акцент має переноситись з простого інформування на інший методологічний рівень, який спрямовує слухачів на пошук найбільш оптимального визначення окреслених викладачем проблем, шляхом вирішення конкретних ситуаційних завдань з обраної тематики. При викладанні питань судово-медичної експертизи черепно - мозкових ушкоджень на передатестаційному циклі з судово-медичної експертизи, викладач, на наш погляд, має побудувати організаційну структуру практичного заняття таким чином, щоб навчання практичним навичкам та вмінням відбувалось саме шляхом вирішення конкретних ситуаційних завдань, що, як показує багаторічний досвід, є найбільш зручним і ефективним методом для оволодіння (і подальшого вдосконалення) лікарями алгоритмом експертного мислення [3].

Маємо зауважити, що визначення якості отриманих знань на передатестаційному циклі з судово-медичної експертизи шляхом автоматизованого тестування за допомогою комп'ютерних програм,

є достатньо об'єктивним і забезпечує „прозорість” оцінки професійного рівня лікаря – судово-медичного експерта.

Таким чином, узагальнюючи викладене, слід заключити, що коректування навчальних планів та розробка нової програми циклу з метою поглибленого вивчення означених аспектів судово-медичної експертизи черепно-мозкової травми із запровадженням активних форм навчання, орієнтованих на мотивацію самостійного засвоєння дисципліни, дозволить якісно поліпшити процес післядипломної освіти стосовно до завдань експертної діяльності на сучасному етапі.

Список використаних джерел

1. Buromsky, I. V., Diankina, M. S., Kryukov, V. N., Plaksin V. O. (2005). Current trends in the construction and improvement of lifelong learning in forensic medicine, *Forensic-medical examination*, Moskow, Russia.

2. Shevchenko, A. V., Lisyansky, B. M. (2004). Meeting of the heads of the forensic medical examination bureaus of the health authorities of the constituent entities of the Russian Federation "On improving the conduct of forensic medical examination", *Forensic-medical examination*, Moskow, Russia.

3. Mishalov, V. D., Khokholeva, T. V., Gurina, O. O., Petroshak, O. Yu.(2018). Experience of application of new pedagogical technologies in the system of medical postgraduate education of doctors-forensic medical experts at the present stage, *Forensic-medical examination*, Kyiv, Ukraine.

ВИКОРИСТАННЯ АНІМАЦІЇ У ВИКЛАДАННІ ДИТЯЧОЇ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ

Косаковський А.

Бредун О.

Синяченко В.

Косаківська І.

Гавриленко Ю.

Бредун С.

НМАПО імені П. Л. Шупика

Метою навчання у вищих навчальних закладах як додипломної так і післядипломної освіти є підготовка фахівців до ефективної діяльності в майбутньому професійному середовищі. Тому основний наголос робиться на оволодінні знаннями та навичками, що будуть необхідними в діяльності досить обмеженої предметної області. Це викликано постійно

зростаючим об'ємом інформації, що накопичується спеціалістами різних галузей сучасної господарчої, суспільної та наукової сфери.

Вибір форм, методів і прийомів навчання залежить від основних психолого-педагогічних умов: змісту засвоюваного матеріалу, цілей і завдань, рівня знань слухачів і майстерності викладача, а також певних організаційних, матеріальних та інших умов. у сучасній педагогіці склалось багатоаспектне поняття методів і форм навчання, які повинні забезпечити засвоєння матеріалу й розвиток професійних здібностей та якостей слухача.

За джерелами знань методи викладання поділяються на словесні (розповідь-пояснення, бесіда, лекція), наочні (ілюстрація: картини, таблиці, моделі, муляжі, книжкові малюнки тощо; демонстрація: кінофільм, відеофільм, діюча модель, спостереження, досліди в лабораторії та ін.) та практичні (досліди, лабораторні й практичні роботи).

Лекція – одна із форм організації викладацького процесу. Її основою є системне усне викладання навчального матеріалу, головний зміст якого становлять аналіз та узагальнення фактів, а провідними прийомами є пояснення і міркування. Залежно від теми лекції в ній можуть переважати характеристика, опис, розповідь про певні факти, процеси, явища. Засобами реалізації змісту лекції є раціональне поєднання слова викладача та наочності (карти, таблиці, кінофільми). Сьогодні широко застосовуються мультимедійні засоби наочності – презентації, відеофільми, які підняли рівень викладання на більш якісний щабель.

В біологічних науках, до яких відноситься й медицина, візуалізація життєвих процесів є дуже важливим методом наукового спостереження й викладання. Викладач, використовуючи відповідне технічне забезпечення, може ефективно представити свій навчальний матеріал у структурованому, зручному для засвоєння вигляді. Особливо це стосується такої галузі медицини як хірургія. Питання отохірургії є досить складним для сприйняття матеріалом і тому часто погано засвоюється слухачами. Однією з причин вказаної ситуації є специфіка отології, що зумовлена необхідністю наявності знань не тільки з клінічних дисциплін, а також з біофізики та аудіології. Знання механізму поширення звукових хвиль та фізичних і фізіологічних основ функціонування середнього та внутрішнього вуха дозволяє розуміти аудіологічну семіотику патології органу слуху та засвоїти принципи виконання функціонально-реконструктивних втручань на вусі. Технічно неможливо показати

аудиторії, яка складається з десятків слухачів всі етапи оперативного втручання наживо. Тому показ на екрані всіх тонкощів операції є дуже важливим моментом викладацького процесу. Але слухачі, що не мають достатнього досвіду не завжди орієнтуються в тім, що висвітлюється під час показу відеофільму. в цьому випадку на допомогу приходять схематичне зображення у вигляді малюнків. Але малюнки є статичним зображенням і на завжди можуть відтворити дійсне становище речей, тому хід операції лектор змушений відтворювати у вигляді декількох послідовних зображень, що демонструються один за одним.

В сучасних умовах розвитку комп'ютерних технологій на допомогу педагогам приходять різноманітні мультимедійні засоби наочності, одним з яких є комп'ютерна анімація. Самим поширеним анімаційним графічним форматом є Graphics Interchange Format (GIF), він використовується майже на всіх комп'ютерних платформах і є стандартним форматом зображень у WWW. Формування анімованих GIF-зображень базується на старому принципі анімації – швидкій зміні картинок, що трохи відрізняються одна від іншої. Як правило, всі анімовані GIF-файли містять в собі ряд окремих кадрів, при послідовному перегляді яких виникає ілюзія руху. Для створення анімації в цьому форматі застосовується спеціальне програмне забезпечення - різноманітні GIF-аніматори, що працюють за одним принципом (Adobe Image Ready, GIF Movie Gear, MS GIF Animator, Ulead GIF Animator та ін.). Самим доступним є Adobe Image Ready, що входить до складу популярного графічного редактора Adobe Photoshop.

На кафедрі дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика було проведено вивчення впливу GIF-анімації на сприйняття навчального матеріалу. На лекції "Хронічний середній отит, етіологія, симптоматика, діагностика, лікування" циклу тематичного удосконалення "Актуальні питання отохірургії" була продемонстрована операція тимпанопластика і типу (міринголастика) у вигляді анімаційного фільму. в свою чергу цей файл складався з послідовності 21 кадру-картинки, що змінювались через 0,7 с.

В кінці лекції слухачам було запропоновано дати оцінку демонстраційному матеріалу та порівняти його з традиційним наочним викладанням у вигляді таблиць або малюнків на дошці. Всі без винятку слухачі позитивно оцінили рівень наочності та доступності сприйняття матеріалу у формі анімаційного фільму, звернули увагу на корисність такої

візуалізації для викладання лекційного матеріалу що, в свою чергу, було відображено в анкетах слухачів.

Таким чином GIF-анімація сьогодні є альтернативним методом для покращення наочності лекційного матеріалу замість традиційних таблиць та малюнків на дошці і може використовуватись в навчальному процесі на циклах тематичного удосконалення слухачів.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ, ФОРМИ ТА МЕТОДИ НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ З АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ВІРУСОЛОГІЇ

Дзюблик І.

професор

Александріна Т.

доцент

Соловйов С.

доцент

Ковалюк О.

доцент

Національна медична академія

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Прискорення інтеграції України у міжнародний освітній простір потребує кардинальних змін, спрямованих на підвищення якості і конкурентоспроможності післядипломної медичної освіти в нових економічних і соціокультурних умовах. Порівняльний аналіз ефективності проведення коротко тривалих циклів тематичного удосконалення виявив низку переваг та недоліків нової методології навчання. Найкращі результати можуть бути досягнуті при застосуванні змішаної форми навчання, коли теорія доповнена формуванням практичних навичок та колективною співпрацею.

Ключові слова: медична післядипломна освіта, сучасні технології, форми і методи навчання, дистанційне навчання

Необхідність формування професійної компетентності лікарів, що сьогодні супроводжується стрімким розвитком сучасних технологій у світі, вимагає пошуку нових форм, методів навчання впродовж всього життя. Застосування дистанційного навчання (ДН) у системі післядипломної освіти лікарів надає можливості для реалізації саме таких змін. ДН для

лікарів широко використовується у США, Японії, Австралії, Франції та інших західноєвропейських країнах. в останні 10-15 років ця форма активно впроваджується і в медичних освітніх закладах України. Відбувається процес переходу від традиційної форми до навчання на базі сучасних комп'ютерних технологій. у системі післядипломної освіти лікарів вона відкриває слухачам доступ до електронних ресурсів, підвищує ефективність самостійної роботи, надає нові можливості для оволодіння і закріплення різноманітних професійних навичок, а викладачам дозволяє реалізувати принципово нові форми і методи роботи[1; 2; 3; 5].

Питання щодо запровадження ДН та сучасних інноваційних методик викладання поставали перед викладачами кафедри вірусології НМАПО імені П. Л. Шупика неодноразово, оскільки якість надання медичної допомоги громадянам України залежить, перш за все, від рівня практичної підготовки лікарів, здатних до творчої праці, освоєння і впровадження сучасних наукових технологій, професійного розвитку, конкурентоспроможності на ринку праці. з цього приводу наша думка викладена у раніше опублікованих статтях і сьогодні ми продовжуємо роботу щодо подальшого удосконалення методик викладання на кафедрі вірусології при проведенні циклів тематичного удосконалення лікарів з актуальних проблем медичної вірусології[4; 5].

Оцінка ефективності використаних навчальних технологій здійснювалась на підставі досвіду проведення традиційних та креативних дистанційних форм навчання на циклах тематичного удосконалення (ТУ) лікарів. у ході дослідження використовувались теоретичні та емпіричні методи, аналіз змісту наукових джерел за темою, аудиторних та позааудиторних інтерактивних форм навчання. Оцінка проводилась наприкінці циклів ТУ шляхом проведення конференцій із слухачами, вхідного і вихідного контролю знань, в тому числі із застосуванням комп'ютерних технологій та перевірки опанування практичних навичок згідно зі стандартизованими картами практичних навичок та підведення підсумків з анонімним анкетуванням.

Проаналізована ефективність використання різних форм і методів навчання на циклах ТУ, що проведені кафедрою вірусології НМАПО імені П. Л. Шупика. Викладання на циклах здійснювалось за затвердженими програмами навчання. у традиційному очному навчанні в ході лекцій, практичних і семінарських занять основною дійовою особою був викладач, який будував і відслідковував хід вивчення теми. Більшу частину часу лекційних та семінарських занять слухач пасивно сприймав надану

викладачем інформацію і лише на практичних та семінарських заняттях, коли максимально застосовувались інтерактивні методи навчання, його активність значно підвищувалась. Для моніторингу рівня знань при традиційній формі навчання використовувалися такі оціночні засоби, як теоретичне опитування під час обговорення теми та під час заліку, вхідний та вихідний контроль знань та оцінка отриманих практичних навичок. Враховувалась також участь у запроваджених на кафедрі інтерактивних формах навчання: роботі в групах, інтерактивних презентаціях, дискусіях, «мозковому штурмі», ролевих іграх, виконанні ситуаційних завдань, спільному перегляді навчальних фільмів та обговоренні помилок практичних навичок з лабораторних досліджень і тестування із застосуванням швидких тестів. Таке навчання мотивувало та зацікавлювало слухачів, сприяло підвищенню рівня знань, що було підтверджено даними вхідного та вихідного контролів: від 48-54% до 96-98%.

Зважаючи на те, що сьогодні завданням вищої школи післядипломної освіти є підготовка висококваліфікованого професіонала, здатного приймати рішення швидко і адекватно в нестандартній ситуації, який вміє поєднувати теоретичні знання з практичними навичками, аналітичну діяльність з дослідницькою роботою, перед колективом кафедри вірусології було поставлено завдання щодо впровадження в навчальний процес сучасних новітніх технологій та форм навчання в першу чергу на короткотривалих (78 год) циклах ТУ. Реалізація такого завдання вимагало впровадження ДН, сучасних технологій, електронних засобів навчання та телекомунікацій.

Для ДН на циклах ТУ були підготовлені та надавались матеріали у вигляді посилань на електронні ресурси (онлайн-журнали, інтернет-ресурси, веб-сайти), презентації за темами, методичні рекомендації, тестові завдання, ситуаційні задачі, тощо. Було впроваджено застосування інтерактивної взаємодії при навчанні з викладачами та куратором циклу, що сприяло особистісно орієнтованому підходу, підвищувало якість самонавчання та колективної співпраці. При такому підході і викладач, і слухачі виступали суб'єктами навчального процесу. Як професорсько-викладацький склад, так і слухачі використовували різні пошукові системи в навчанні. у процесі актуалізації навчального матеріалу широко застосовували індивідуальні консультації та обговорення дискусійних питань в режимі on-line. Аналіз ефективності проведених циклів ТУ з дистанційною формою навчання проводився із застосуванням ІТ-

програми, розробленої в рамках діяльності кафедри. в програму вводили результати відповідей слухачів підчас вхідного та вихідного контролю.

Аналізуючи результати використання інноваційних методів слухачами, нами були виявлені певні проблеми. Так, було виявлено пряму залежність ефективності навчання від віку слухачів та місця їх проживання. Встановлено, що оптимальне використання нових технологій та методів навчання було у слухачів віком до 50 років, технічні проблеми у навчанні - у слухачів віком від 50 до 60 років і старше. Нами відмічено, що лікарі, які мешкають і працюють у віддалених регіонах або проживають у сільській місцевості, мають труднощі з постійним доступом до інтернету, wi-fi, Viber, WhatsApp та програми Zoom або не володіють такими методами спілкування. На нашу думку основним недоліком дистанційної форми навчання стали обмеження та/або повна відсутність можливості застосування інтерактивних методів навчання таких як робота в групах, «мозковий штурм», ролеві ігри, обговорення помилок, неможливість оцінювання практичних навичок та результатів проведення лабораторних досліджень. Що стосується практичних навичок роботи сучасними методами етіологічної діагностики актуальних вірусних інфекцій, освоєння швидких тестів, імуноферментного аналізу (ІФА) та полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в різних варіантах, то подібні методи вимагали очного навчання в умовах спеціалізованої лабораторії та проведення майстер-класів. Також було виявлено, що при дистанційному навчанні слухачі, які навчаються, перестають креативно думати, кваліфіковано формулювати свої думки, проводити дискусійне обговорення [5; 6]. Разом з тим, навчання на циклах ТУ впродовж 2 –х тижнів (78 год) з актуальних питань медичної вірусології потребує свідомого та мотивованого підходу до отримання знань та вмій, проте можливість навчатися у зручний час іноді може перетворитися не на систематичне навчання, а на постійну прокрастинацію цього виду діяльності. Саме тому дистанційна форма потребує особливої самоорганізованості та вміння розрахувати свій час. Важливо підкреслити, що за умови ДН активна роль викладача не зменшується, оскільки він має визначити рівень знань слухача та прийняти рішення щодо коригування програми навчання з тим, щоб домогтися найкращого засвоєння пройденого матеріалу. Підводячи підсумки в цілому, на підставі комп'ютерної обробки даних, як по кожному з питань тесту, так й в цілому по темі, ми отримали результати ефективності у відсотках, а саме рівень знань слухачів не перевищував 78-80% і в жодному випадку не перевищував 96-98%.

Порівняльний аналіз ефективності проведення коротко тривалих циклів тематичного удосконалення з актуальних питань медичної вірусології за традиційною формою та при впровадженні дистанційної форми навчання виявив низку переваг та недоліків нової методології навчання. Автори вважають, що найкращі результати можуть бути досягнуті при застосуванні змішаної форми навчання, коли теорія доповнена формуванням практичних навичок, а колективна співпраця та зручний єдиний електронний інформаційний простір дозволяють досягти поставленої мети.

Список використаних джерел

1. Абрамович, В. Є. (2016) Теорія і методика вищої медичної освіти: французький досвід: навчально-методичний посібник. Київ: КиМУ.
2. Биков, В. Ю., Гриценчук, О. О., Жук, Ю. О. та ін. (2015). Інформаційне забезпечення навчально-виховного процесу: інноваційні засоби і технології: колективна монографія. Київ: Атіка.
3. Вороненко, Ю. В., Шекера, О. Г., Ткаченко В. І. [та ін.] (2014). Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи. Укр.Мед. Часопис, 3, 116–120.
4. Дзюблик, І. В., Александріна, Т. А. (2018). Удосконалення навчальних програм післядипломної освіти лікарів з питань консультування і тестування на ВІЛ як важливий компонент на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Здоров'я суспільства, 2, 91–96.
5. Дзюблик, І. В., Александріна, Т. А., Кукало, О. В. (2017). Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: сучасні інноваційні методики викладання на кафедрі вірусології. Профілактична медицина, 3-4(29), 97–103.

РОЛЬ ДІДЖІТАЛІЗАЦІЇ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ

Анчева І.

Професор, д. мед .н.

кафедра акушерства та гінекології

Одеський національний медичний

університет, Україна

<https://orcid.org/0000-0001-8213-1570>

На сьогоднішній день, ключовою умовою в організації освітнього процесу є комплексний підхід щодо впровадження і застосування всіх

можливих методів навчання. в основі формування сучасного лікаря лежить працьовитість, комунікація, вміння самонавчатися, володіння інформаційними технологіями і декількома міжнародними мовами, а також володіння навичками суміжних спеціальностей. Використання цифрових технологій в навчальному процесі, продиктовано часом і тими моментами, які переживає людство і відкриває нові можливості в стратегії навчання майбутніх лікарів.

Ключові слова: діджиталізація, освітні технології, підготовки медичних кадрів.

З 2014 року Міністерство охорони здоров'я приступило до впровадження Національної стратегії реформування системи медичної допомоги в Україні. Це в свою чергу дало новий поштовх у реформуванні галузі. Впровадження стратегічних підходів відкриває нові ефективні можливості в розвитку і наданні послуг в сфері охорони здоров'я. Так, цифрова трансформація охорони здоров'я дала можливість вільного доступу до медичної інформації всього світу, імплементації єдиних сучасних guidelines і відкриттям в області медичних досліджень і технологій. Це дає можливість вчитися, працювати і бути конкурентоспроможним фахівцем в будь-якій країні. Впровадження нових електронних інструментів (системи e-Health) дозволило спростити заповнення медичної документації, оперативно збирати медичні дані про кожного пацієнта (електронна медична картка) і більш якісно надавати і контролювати медичну допомогу.

Виклики, перед якими опинилася система охорони здоров'я, безумовно позначились і на системі підготовки медичних кадрів. в основі формування сучасного кваліфікованого медичного фахівця важливим є теоретичні знання отримані за роки навчання у ВНЗ, прагнення до самонавчання і самовдосконалення, та особистісна адаптація до постійно і швидко мінливого сучасного світу. з урахуванням сучасних тенденцій розвитку інформаційного суспільства, використання засобів інформаційно-комунікаційних технологій сприяє глобалізації освіти, розвитку міжнародного ринку праці, зростанню мобільності особистості. Тому, немає сумнівів, що в наш час є доцільність взаємодії традиційних та інноваційних підходів в системі підготовки медичних кадрів.

Однією з основних завдань сучасної освіти є подача і засвоєння величезної кількості існуючої на сьогоднішній день інформації. Учні самі можуть вибирати освітні технології. При цьому основне завдання викладача полягає в стандартизації, корекції і стимулюванні

навчальних досягнень учнів [1]. усвітлі сучасних тенденцій і можливостей, назріла необхідність переходу від offline до online - режиму або діджиталізації (digitalization). Діджиталізація навчання (digitalization of learning) це навчання з використанням різноманітних дистанційних освітніх технологій. Діджиталізація в системі освіти є важливим кроком на шляху до вдосконалення навчального процесу, особливо в умовах кризових ситуацій. Так, карантин, введений в умовах пандемії COVID-19 дав додатковий поштовх у процесі навчання в вищих навчальних закладах. Незважаючи на певні труднощі в транспортному сполученні між країнами, іноземні студенти мають можливість продовжити навчання в період пандемії. Разом з тим, дистанційне навчання знижує ризики неконтрольованого зростання числа випадків COVID-19.

Безумовно, що на етапі розвитку інформаційного сучасного суспільства в умовах пандемії є необхідність у створенні «електронних шкіл та університетів» з можливістю онлайн навчання. Також, необхідність трансформації навчання підштовхнуло до пошуку нових електронних інструментів навчання для студентів медичних вузів країни, навчання яких має особливості. Безумовно, проведена велика робота з оцифрування відеолекцій і відеоуроків, майстеркласів, з розробки навчальних матеріалів, створення електронних бібліотек. Сучасні цифрові технології навчання студентів-медиків не тільки підвищують якість навчання і виробляють цілеспрямованість і самодисципліну, а також сприяють підвищенню мобільності майбутніх медичних кадрів, які зможуть щодня навчатися і співпрацювати на онлайн-курсах і вебінарах [2].

За допомогою сучасних можливостей інформаційних технологій стала можлива освіта, при якій викладач і студент взаємодіють на відстані. На сьогоднішній день актуальними навчальними рішеннями є: нові формати на денній формі навчання, інтерактивне дистанційне заняття (life virtual), VR / AR-симуляції (Віртуальна реальність -Virtual Reality і Доповнена реальність - Augmented Reality) [3; 4]. Таке дистанційне навчання передбачає опитування і консультування з викладачем в онлайн чаті (з використанням програм Microsoft Teams, Zoom, Skype, Discord) за розробленою програмою з визначеним робочим графіком. Онлайн-навчання (e-learning) значно доповнює дистанційне навчання і дає можливість студентам медикам за допомогою будь-якого гаджета підключеного до інтернету дивитися лекції у відеозаписі або в прямій трансляції, складати інтерактивні тести,

обмінюватися думкою і вирішувати квести з наставником. і хоча дистанційне навчання широко впроваджено в навчальний процес, існують і деякі недоліки цього навчання, такі як: відсутність особистого спілкування і можливість більш детальної дискусії з викладачем, особливо на клінічних дисциплінах і постійна багатогодинна робота за екраном монітора.

Таким чином, провідне місце в сучасній медичній освіті займають різноманітні дистанційні освітні технології. Особливо важливим є володіння ІТ технологіями (Information Technology) які дозволяють працювати і обмінюватися інформацією дистанційно, покращують вміння збирати і розпоряджатися великим потоком інформації (Big data), підвищують здатність працювати на стику спеціальностей, творчо мислити, поліпшують комунікаційні навички (Soft skills), стимулюють оволодіння міжнародними мовами. Діджиталізація, максимально інтегрована в даний момент в медичну освіту і медицину, відкриває різноманітні можливості для професійного та особистісного вдосконалення. Тому, максимальна ефективність освітнього процесу в епоху інформаційного суспільства може бути досягнута, лише при поєднанні інноваційних та традиційних підходів у системі підготовки медичних кадрів. Можливо, постійний міждисциплінарний діалог і аналіз інноваційних розробок, допоможе нам реалізувати найкраще з багатообіцяючих технологій.

Список використаних джерел

1. Ancheva, I. A. (2017). The role of modern information resources in the teaching of foreign students of medical university. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(1), 284-292. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.260173>
2. Friedman C.P., Donaldson K.M., Vantsevich A.V. (2016). Educating medical students in the era of ubiquitous information. *Med Teach.*, (38), 504-509. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1150990>
3. Eui-Ryoung Han, Sanghee Yeo, Min-Jeong Kim, (2019). Medical education trends for future physicians in the era of advanced technology and artificial intelligence: an integrative review. *BMC Med Educ.*, (19), 460. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1891-5>
4. Johnston, SC. (2018). Anticipating and training the physician of the future: the importance of caring in an age of artificial intelligence. *Acad Med.*, (93), 1105-1106. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002175>

ФАРМАЦЕВТИЧНІ КОМП'ЮТЕРНІ БАЗИ ЗНАТЬ ЯК ЕЛЕМЕНТИ РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДИДАКТИКИ

Бойко А.

*доцент кафедри організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоекономіки ФПДО
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

<https://orcid.org/0000-0003-3799-0880>

В умовах постійного розвитку фармацевтичного ринку є доцільним опрацювання на основі методології фармацевтичної інформатики інноваційних дидактичних інструментів з можливістю динамічної актуалізації. Створено комп'ютерну фармацевтичну базу знань з універсальною структурою для баз знань з фармацевтичної допомоги при різноманітних захворюваннях, або лікарського забезпечення певною групою препаратів.

Ключові слова: фармацевтична інформатика, фармацевтична допомога, комп'ютерна база знань.

Вступ. Навчальна дисципліна «Фармацевтична інформація» була впроваджена у вищу фармацевтичну школу України на додипломному етапі підготовки спеціалістів у 1986 р. в 2007 р. колективом авторів було впроваджено викладання даної дисципліни під назвою «Фармацевтична інформатика» на післядипломному етапі підготовки провізорів[1; 2].

Для забезпечення навчального процесу у ВЗО України в 2010 р. А. І. Бойком підготовлено навчальний посібник «Фармацевтична інформатика», рекомендований Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України (протокол №3 від 22.12.09) та Міністерством освіти і науки України (лист №1/11-159 від 20.01.10) як навчальний посібник для провізорів-інтернів і провізорів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти зі спеціальностей «загальна фармація» та «організація і управління фармацією» [3]. Позитивні результати досліджень прикладних аспектів застосування фармацевтичної інформатики в охороні здоров'я, а також наявність

вказаного навчального посібника покладені нами в основу включення проблемних питань комп'ютеризації лікарського забезпечення населення до системи післядипломної підготовки провізорів. Додатковим важливим фактором є наявність традиційних монографій про різні аспекти застосування ЛЗ та інших публікацій. Однак, враховуючи систематичну зміну арсеналу лікарських засобів, актуальність таких монографій та публікацій з часом втрачається. Тому, на наш погляд, доцільно створювати комп'ютерні фармацевтичні бази знань з окремих об'єктивно актуальних напрямів медичної та фармацевтичної допомоги за умови функціонування постійно діючої системи внесення актуальних змін до таких баз знань.

Основна частина, в обраному варіанті функціонування, створена нами комп'ютерна база знань «Фармацевтична допомога хворим на діабет» (пріоритетність створення захищено Свідоцтвом про реєстрацію авторського права № 92948 від 11.10.2019 р.)—структурований вебсайт, що постійно підтримується в актуальному стані спеціалістами-експертами у профільних галузях, на якому з відповідною динамікою розміщуються дані, інформація та знання, що відповідають потребам споживачів. База знань має опрацьовану нами універсальну структуру, доцільну для використання при створенні баз знань з фармацевтичної допомоги при інших захворюваннях, або лікарського забезпечення певною групою лікарських засобів. Зокрема, представимо блоки «Лікарські засоби» (з класифікаційним підходом, характерним для фармакотерапії певного захворювання чи застосування окремої групи препаратів) та «Управління фармацевтичною допомогою» (інформація про лікарські засоби специфічної дії, їх ефективність та безпечність, схеми фармакотерапії базового захворювання, його можливих ускладнень та коморбідних захворювань, систему лікарського забезпечення, фінансові показники, результати фармакоекономічних досліджень тощо). Розміщення даної бази знань на загальнодоступному інтернет-ресурсі на умовах Ліцензії Creative Commons Attribution 4.0 International (CCBY 4.0) забезпечує можливість отримання безперешкодного доступу до необхідних знань.

Комп'ютерну базу знань «Фармацевтична допомога хворим на діабет» апробовано на загальнодержавному рівні як ефективний

дидактичний інструмент інформаційного забезпечення науковців та практичних спеціалістів з діабетології, провізорів спеціалізованих аптек, що надають фармацевтичну допомогу хворим на цукровий діабет.

Висновок. Опрацьовано концепцію, структуру, проведено експериментальне моделювання у вигляді вебресурсу та апробацію комп'ютерної бази знань «Фармацевтична допомога хворим на діабет», актуальної для інформаційного забезпечення медичних та фармацевтичних спеціалістів.

Список використаних джерел

1. Навчальний план та уніфікована програма передатестаційного циклу зі спеціальності «Організація і управління фармацією». (2009). О. Ф. Пімінов та ін. (укл.). Харків: Вид-во НФаУ.

2. Навчальний план та уніфікована програма передатестаційного циклу зі спеціальності «Загальна фармація». (2009). О. Ф. Пімінов та ін. (укл.). Харків: Вид-во НФаУ.

3. Бойко, А. І. Фармацевтична інформатика: навчальний посібник для провізорів-інтернів і провізорів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. (2010). Б. Л. Парновський (ред.). Львів: Кварт.

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ АНГЛОМОВНИМ СТУДЕНТАМ ВНМУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ

Черепахіна Л.

Медражевська Я.

Кулешов О.

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань з доглядом за хворими дітьми ВНМУ імені М. І. Пирогова, Україна

У статті «Досвід викладання пропедевтики педіатрії англomовним студентам ВНМУ імені М.І. Пирогова під час пандемії» викладений власний досвід викладання пропедевтики дитячих захворювань англomовним студентам 3 курсу, які були набуті під час on-line навчання протягом березня -червня 2020р.

Ключові слова: викладання, пропедевтика педіатрії, студенти, контроль знань

Сучасний світ останній час живе в умовах стресової ситуації, яка обумовлена пандемією COVID – 19. Ці обставини впливають не лише на суспільне життя, але й на особливості нашої праці. Переведення навчання на on-line платформі суттєво змінило роботу викладача, змусивши його шукати нові ефективні засоби для викладення матеріалу та контролю знань студентів.

Одним з найбільш поширених факторів стресу для викладача, що займається on-line є перш за все бажання та можливість студента під час проведення опитувань практичних занять використовувати підручники та інтернет ресурси. Другим фактором для викладача клінічної кафедри є роз'яснення практичних навичок, які раніше не вивчалися студентом. Тому розробка нових ефективних методів викладання та контролю знань у студентів стає дуже актуальною задачею, яку ми мусимо вирішувати кожного дня.

Під час on-line навчання в ВНМУ імені М. І. Пирогова дуже ефективною виявила себе платформа Microsoft Teams. Вона надає змогу використовувати для пояснень інтерактивну дошку, де викладач не тільки пояснює важливі питання, але й надає можливість студенту ввести свої пояснення. Під час опитування майбутній лікар може малювати основні механізми на дошці, таким чином демонструвати, як саме він зрозумів ту чи іншу інформацію.

На нашій кафедрі пропедевтики дитячих хвороб ми застосовували під час дистанційного навчання відеоматеріали. Вони були більш ефективніші при поясненні практичних навичок (проведення об'єктивного обстеження хворої дитини, визначення важкості стану пацієнта, перевірка тих чи інших симптомів хвороби). Так, нами була застосована методика, при якій спочатку групі демонструвалося відео без звукового супроводження, а потім студент відповідав, який саме симптом був продемонстрований та давав йому оцінку. При цьому дуже важливим є обґрунтуванням відповіді самим студентом. Після опитування всієї групи по одному із питань теми, викладач узагальнював помилки, які були допущені та надавав вірну відповідь.

Другий варіант пояснення матеріалу, який ми застосовували, це використання клінічних кейсів [1], де викладач відповідно до теми заняття складав кейс, а потім давав студентам змогу працювати з ним, знаходячи відповіді на поставлені питання самостійно. Таким чином, студент мусив не тільки повторювати симптоми захворювань, які закріплені в темі, але й структурувати свої знання відповідно до побудови історії хвороби пацієнта.

Наступний спосіб, який ми застосовували під час дистанційної роботи зі студентами, з метою покращення контролю їх знань – це комплексні завдання, які об'єднували в собі декілька минулих тем. Таким чином, ми досягали активізації попередньо набутих знань та сприяли переведенню їх з короткотривалої пам'яті у довготривалу

Також нами широко застосовувався метод мнемоніки [2], тобто візуалізація та/або порівняння з явищем, або предметом, який дуже знайомий студенту (наприклад – «інсулін» – порівнюється з «ключем»). Тобто ми намагаємось «якорити» пам'ять, з метою більш легкого запам'ятовування матеріалу.

Отже, підводячи ризик сказаному, хочеться відмітити, що застосовані нами методи викладання та контролю знань показали більшу ефективність порівняно зі студентами, які навчалися в системі «ZOOM» або «Viber» (питання – відповідь). Студенти були більш уважнішими під час опитування, та проявляли більшу зацікавленість під час самостійної підготовки теми домашнього завдання.

Список використаних джерел

1. Мілерян, В. Є. (2004). Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах : метод. посібн. Київ: Хрещатик.
2. Дилтс, Р. (2002). НЛП : навьки ефективной презентації. Санкт-Петербург: Питер.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ОСВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Гаджула Н.

Доцент кафедри терапевтичної стоматології

<https://orcid.org/0000-0003-0016-2264>

Черепаха О.

Доцент кафедри гістології

<https://orcid.org/0000-0003-3629-4429>

Пилипюк О.

Кандидат медичних наук, асистент кафедри терапевтичної стоматології

<https://orcid.org/0000-0002-8904-1639>

Квірікашвілі А.

Студентка

<https://orcid.org/0000-0002-7917-3590>

Вінницький національного медичного університету імені М.І. Пирогова, Україна

Ефективним рішенням проблем освітнього процесу у закладах вищої освіти під час коронавірусної пандемії стало використання дистанційного навчання за допомогою нових інформаційних технологій. Основною вимогою до дистанційної форми навчання у медичних ЗВО є забезпечення та підтримування безперервного професійного розвитку учасників освітнього процесу шляхом організації навчального, лікувального та наукового процесів із використанням сучасних онлайн-технологій, які забезпечують інтерактивність та мультимедійність і спрямовані на здобуття загальних та фахових компетентностей.

Ключові слова: інноваційні технології, дистанційне навчання, вища освіта, здобувач.

Теперішня епідеміологічна ситуація призвела до того, що всі навчальні заклади України почали пристосовуватися до нових реалій та опановувати сучасний режим навчального процесу – дистанційний. Якщо для більшості країн світу дистанційне навчання мало значну популярність, то вітчизняні заклади вищої освіти не мали такого досвіду і, відповідно, науково-педагогічні працівники постали перед складним періодом адаптації.

Більшість викладачів перебували в процесі удосконалення медіаграмотності, в пошуках нових кейсів. Перед ними з'явилися нові виклики щодо опанування сучасних інформаційних технологій та організації якісного онлайн-навчання.

Реалії сьогодення показують, що медичні університети перебувають у найскладнішій ситуації через неможливість проведення занять зі студентами в клініці. Студенти-медики не можуть опанувати клінічні дисципліни у повній мірі, оскільки практичні заняття в медичних лікувальних закладах відтерміновано до завершення карантину. За таких умов, оволодіти практичними вміннями та навичками онлайн досить складно. Саме тому, основною вимогою до дистанційної форми навчання у медичних ЗВО є забезпечення та підтримування безперервного професійного розвитку учасників освітнього процесу шляхом організації навчального, лікувального та наукового процесів із використанням сучасних онлайн-технологій, які забезпечують інтерактивність та мультимедійність, спрямовані на здобуття загальних та фахових компетентностей.

На базі Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (ВНМУ) на початку оголошеної пандемії засновано сайт дистанційної освіти, який включає в себе: навчальні інструкції щодо використання хмарних сервісів дистанційного навчання Microsoft Teams, GoogleMeet, BigBlueButton; активовані акаунти для викладачів, студентів та аспірантів; технічну підтримку користувачів для підключення та використання наявних сервісів. в університеті функціонує окремий підрозділ, Центр нових інформаційних технологій, який контролює технічне забезпечення онлайн-навчання.

До організації дистанційного навчання науковий та навчальний відділи університету поставились вимогливо: кожен викладач у формі звітів документує тривалість та наповненість занять, виконані завдання та результати своєї роботи; систематично здійснюється перевірка активності на освітніх платформах і сервісах. Усі записи проведених занять та інші дії, що виконуються в межах дистанційного навчання, фіксуються та зберігаються на хмарних серверах для можливого подальшого перегляду. Лекційний матеріал підготовлено у формі відео/аудіолекцій, зберігається на Google диску, до якого студенти мають вільний доступ, а обмін файлами з навчально-методичними матеріалами здійснюють електронною поштою або через сервіси обміну файлами. Весь записаний викладачами лекційний відеоматеріал студенти переглядають у зручний для них час.

Студенти 1-3 курсів займаються аудиторно і, відповідно, здобувають практичні навички та вміння у фантомному/симуляційному центрах на

муляжах, макетах, сучасних фантомах з максимально функціональними можливостями для виконання основних практичних маніпуляцій.

Через те, що на період карантину доступ до хворих обмежений як у лікувально-профілактичних закладах, такі в університетській клініці, викладачі на практичних заняттях демонструють відеоматеріали по проведенню мануальних навичок, здійснюється розбір клінічних випадків із застосуванням кейсів, вирішення типових та нетипових завдань, проводиться навчання студентів на проблемних ситуаціях з метою підготовки до роботи в реальних умовах практичних лікувальних закладів. Студентам пропонується самостійне вирішення нестандартного дослідницького завдання з послідуною оцінкою презентованої доповіді на предмет повноти аналізу літературного пошуку у вітчизняних та закордонних фахових виданнях з подальшим обґрунтуванням ідей при груповому обговоренні.

Матеріал теоретичної частини подається за допомогою презентацій, розподілений на мініблоки з обов'язковим закріпленням в практичному контексті. Для підвищення рівня засвоєння матеріалу викладачі забезпечують студентів професійними алгоритмами, даними лабораторних досліджень, фотодокументацією, навчальними відеоматеріалами терапевтичних підходів лікування, хірургічних втручань тощо. Під час практичних занять студентів активно залучають не тільки до обговорення нового матеріалу, а також для закріплення знань шляхом вирішення ситуаційних задач і тестових завдань до підготовки складання ліцензійних іспитів. Крім того, здобувачі вищої освіти проходять тестування на платформі дистанційного навчання. Процес контролю направлений як на оцінювання, так і на повторення та закріплення навчального матеріалу.

Викладачі систематично освоюють нові методи проведення занять і форми контрольних заходів для перевірки досягнення програмних результатів навчання, розробляють нові підходи в поданні навчального матеріалу в дистанційному форматі. Для забезпечення практичної складової навчального матеріалу проведена адаптація клінічних ситуаційних задач.

На сайті кожної кафедри та Google диску розміщено тематичні, інформативно-змістовні та нестандартні навчальні матеріали: аудіо/відеолекції, лекції з анімацією, клінічні кейси, методичні вказівки, джерела фахової літератури, текстовий та мультимедійний лекційний матеріал, тестові завдання, приклади курації тематичних хворих. Дистанційне навчання на платформі ВМУ доступне також аспірантам та інтернам, для яких створено аналогічний повноцінний комплекс навчально-методичної документації. Одним із засобів раціоналізації

навчального процесу та контролю дистанційного навчання стало впровадження електронного журналу обліку успішності студентів.

Таким чином, впровадження нових інформаційних технологій у систему медичної освіти забезпечує безперервний професійний розвиток медичних кадрів, дозволяє зробити процес здобуття знань систематичним і ефективним, адже виключається необхідність переривання освітньої діяльності, а також є можливість самостійного навчання з відкритим доступом до великих інформаційних ресурсів та інтерактивним зворотнім зв'язком.

ІНТЕРАКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФОРМУВАННІ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ З ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ

Калашченко С.

*магістр медицини, старший викладач,
<https://orcid.org/0000-0002-9942-7607>*

Гринзовський А.

*д.м.н., професор,
завідувач кафедри
<https://orcid.org/0000-0002-8391-5294>*

Дюдіна І.

к.м.н., доцент

Мартиненко С.

*асистент
Кафедра медицини надзвичайних
ситуацій та тактичної медицини
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця, Україна*

Використання сучасних інтерактивних технологій при підготовці студентів молодших курсів в оволодінні навичок домедичної допомоги відіграє важливу роль і є актуальним в наш час з позиції зацікавлення слухачів, утримання їх уваги впродовж заняття та в формуванні фахових компетентностей. Під час практичних занять з відпрацювання практичних навичок гарно себе показали такі методи, як: рольова гра, імітаційне моделювання, тренінги, та «дерево рішень».

Ключові слова: Інтерактивні технології, фахові компетентності, педагогіка, домедична допомога, симуляційне навчання.

З інформаційним перенасиченням в наш час гостро постає питання опрацювання людьми великих обсягів інформації та оволодіння практичними навичками, що є необхідними для подальшого професійного розвитку молодого спеціаліста. в останній час все більшої актуальності набуває підготовка населення, зокрема, студентів молодших курсів медичних факультетів, фармацевтів та провізорів навичкам домедичної допомоги (ДД) шляхом використання інтерактивних технологій навчання, що відповідає сучасними тенденціям у формуванні фахових компетенцій.

Організація системи ДД починається з підготовки кваліфікованих кадрів для надання допомоги постраждалим в умовах виникнення надзвичайної ситуації. Підготовка фахівців має проводитися відповідно до існуючих стандартів (навчальних програм): BasicLifeSupport (BLS), Basic Trauma Life Support (BTLS), Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), Tactical Combat Casualty Care Medical Personnel (TCCC-MP), Tactical Combat Casualty Care – All Combatants (TCCC-AC), Tactical Emergency Casualty Care (TECC), Law Enforcement and First Response Tactical Casualty Care (LEFR-TCC) тощо.

Опираючись на вищезазначені програми, базовими навичками, якими мають оволодіти військовослужбовці під час підготовки по ДД є: визначення свідомості потерпілого за алгоритмом AVPU, первинний огляд потерпілого за алгоритмом CABС, серцево-легенева реанімація (СЛР), постановка назо- та орофарингеального повітропроводу, зупинка критичної кровотечі шляхом накладання турнікету, ізраїльського биндажу чи тампонування рани, переведення потерпілого в стабільне бокове положення, накладання комірця Шанца, транспортна іммобілізація постраждалого на ношах та за допомогою підручних засобів тощо.

В основі вищенаведених стандартів закладений принцип активного навчання шляхом постійної взаємодії студентів і педагогів, де всі учасники педагогічного процесу є рівноправними та рівнозначними. Інтерактивне навчання може проходити в наступних формах: робота в малих групах, імітаційне моделювання, мозковий штурм, акваріум, дерево рішень, рольова (ділова) гра, дискусія, тренінг тощо.

Коли мова йде про студентів медичних вузів, ефективним є використання ігрових технологій (рольової гри), де за основу взята

імітаційна модель чи ситуативне завдання, що відтворюється в умовах, що максимально наближені до реальності. Метою під час цієї форми навчання – поглиблення рівня знань студентів по дисципліні та формування навичок комунікації та командної роботи.

Базовий варіант рольової гри складається з підготовчого етапу, під час якого розподіляються ролі та йде ознайомлення з «легендою», що моделює певну ситуацію; самої гри та аналізу проведеної роботи і наступним підбиттям підсумків гри. Важливим компонентом цієї форми навчання є отримання зворотного зв'язку від студентів, під час якого вони можуть поділитися своїми думками, емоціями та вказати на слабкі сторони «легенди» змодельованої ситуації, якщо такі є.

Корисною також є технологія імітаційного моделювання, під час якої відбувається опанування практичних навичок та формування професійних якостей під час занурення в ситуацію з чіткими вхідними параметрами і цілю роботи, що буде проведена. Прикладом цього може служити ситуація з вхідними даними, коли наявний потерпілий без свідомості без видимих ознак кровотечі, а цілю імітації може бути врятування життя потерпілого; інструменти (в даному випадку алгоритм огляду і підручні засоби) студент має обрати сам, опираючись на здобутий об'єм теоретичних знань.

В опануванні навичок ДД важливим елементом є проведення тренінгів, де основна увага приділяється оволодінню практичними навичками шляхом відтворення та опрацювання теоретичного матеріалу на манекенах та муляжах. Проведення тренінгів є особливо важливим при відпрацюванні алгоритму проведення СЛР та зупинки кровотечі, що є неможливими без використання спеціального обладнання.

Потужною формою навчання є технологія «дерево рішень», яка допомагає студентам краще проаналізувати ситуаційне завдання та зрозуміти механізм прийняття складних рішень, наприклад при проведенні медичного сортування десяти і більше постраждалих або черговості надання допомоги в залежності від тяжкості стану потерпілого в НС беручи до уваги всі вихідні параметри, а не тільки його вік чи стать.

При проведенні оцінювання знань та навичок студентів, якщо вони працюють в групі, суттєвими елементами є самооцінювання, оцінка студента лідером групи та оцінка викладача з яким виводиться середнє арифметичне. Такий підхід в системі оцінювання дозволяє студентам самим виявляти слабкі місця в своїй підготовці та краще сприймати конструктивну критику. в подальшому при потраплянні студента в схожу

ситуацію вірогідність здійснення тих самих помилок зменшується в декілька разів.

Отже, використання сучасних інтерактивних технологій допомагає сформувати фахові компетенції з ДД та закласти основу формування інтегральних компетентностей у студентів молодших курсів.

СУЧАСНЕ ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ З ПИТАНЬ ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ, ЇХ НАСЛІДКІВ, РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНОЇ, ПЛАСТИЧНОЇ ТА ЕСТЕТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Козинець Г.

професор, завідувач кафедри

Жернов О.

професор кафедри

Пінчук В.

професор кафедри

Циганков В.

доцент кафедри

Кебуладзе І.

доцент кафедри

Шендрик В.

асистент кафедри

***Кафедра комбустіології та пластичної
хірургії, Національна медична академія
післядипломної освіти (НМАПО) імені
П. Л. Шупика, м.Київ, Україна***

Впровадження в структуру допомоги населенню України сучасних методів лікування хворих з термічною травмою, ушкодженнями м'яких тканин, вадами функціонального чи косметичного характеру значно покращить результати лікування хворих.

На кафедрі затверджені та проводяться навчальні цикли для лікарів що стосуються лікування термічної травми, реконструктивно-відновної та естетичної хірургії.

Навчальні плани та програми що затверджені на кафедрі охоплюють спектр питань для надання допомоги при термічному ураженні, лікуванні хворих з дефектами м'яких тканин, набутими чи вродженими вадами, а підвищення рівня знань приведуть їх до практичного застосування.

Ключові слова: *медична післядипломна освіта, термічна травма, пластична хірургія, реконструктивна хірургія.*

Актуальність проблеми. Специфікою роботи факультетів післядипломної освіти в Україні є співпраця з практичною охороною здоров'я – безперервної професійної освіти практичних лікарів [1]. Вимоги до підготовки фахівця медичного профілю орієнтуються на формування та корекцію відповідних фахових знань та вмінь з оглядом на останні досягнення медичної науки [2].

Сучасний стан розвитку хірургії передбачає інтегрування питань пов'язаних з лікуванням хворих лікарями різноспрямованих спеціальностей, а зрослі вимоги до «якості життя» визначило необхідність розвитку таких напрямків як пластична, реконструктивно-відновна, естетична хірургія. Раніше ці питання викладалися в ключі вирішення вузькопрофільних проблем і не носили систематизований характер, що могло призводити до незадовільних результатів проведеного лікування [3].

Ціль роботи. Впровадження в структуру допомоги населенню сучасних методів надання допомоги хворим з термічною травмою, ушкодженнями м'яких тканин, набутими чи вродженими вадами функціонального чи косметичного характеру за рахунок післядипломного навчання на кафедрі комбустіології та пластичної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика.

Результати та обговорення. Основними напрямками діяльності кафедри є: розробка методів раннього хірургічного лікування опіків; розробка методів лікування післяопікових рубців, методів хірургічної реабілітації хворих з післяопіковими вадами суглобів, методів ранньої діагностики, профілактики та лікування септичних ускладнень при опіках; закриття набутих дефектів тканин різної локалізації, заміщення втрачених анатомічних структур (м'язів, суглобів, кісток); лікування гострих травм кінцівок, важких травм кисті, мікрохірургічне лікування контрактури Дюпюїтрена, всі види естетичних і операцій, що омолоджують, корекція контурів тіла, хірургічне лікування алопецій.

Структурними підрозділами кафедри є курси для післядипломного удосконалення лікарів на циклах тематичного удосконалення з актуальних проблем опіків, відморожень, травматичних та інфекційних уражень шкіри для оволодіння сучасними методиками діагностики та лікування, а також удосконалення лікарів з питань превентивної,

реконструктивно-відновної та естетичної хірургії різних ділянок тіла за рахунок здобуття необхідних практичних навичок та оволодіння сучасними методами оперативних втручань.

Для виконання поставлених завдань на кафедрі затверджені та проводяться 2 спеціалізованих навчальні цикли: спеціалізації за спеціальністю «Комбустіологія» тривалістю 2 місяця, та стажування за спеціальністю «Комбустіологія» тривалістю 1 місяць, 14 циклів тематичного удосконалення що охоплюють питання сучасних методів надання допомоги хворим з термічною травмою, ушкодженнями м'яких тканин, вадами функціонального чи косметичного характеру, та вирішення проблем естетичного характеру тривалістю 0,5 місяці.

Неповний обсяг медичної допомоги, яка надається в першу добу після отримання опіків в районних та міських лікарнях і недостатній досвід лікарів хірургів приводить до тривалішого лікування в поліклініках, хірургічних та травматологічних відділеннях, що свідчить про необхідність постійно підвищувати рівень знань фахівцями цих ланок за навчальною програмою «Сучасні методи лікування поширених та глибоких опіків».

Цикл проводиться на базах обласних Центрів (відділень) опікової травми та пластичної хірургії для лікарів районної ланки, що дозволяє оновити та поліпшити свої знання з питань надання екстреної допомоги хворим з опіками, визначити проблеми та методи їх подолання на етапі кваліфікованої медичної допомоги, поліпшити взаємодію зі спеціалізованою ланкою своєї області.

Інтерес у лікарів виникає опанування такого розділу хірургії як «Хірургічне лікування ускладнених ран», що висвітлює питання та сучасні погляди до лікування не тільки опікової травми, але і ранових дефектів тканин викликаних іншими чинниками (післятравматичні, інфекційні, трофічні). Викладання передбачає знайомство з досягненнями хірургічної техніки, направлено на поглиблення знань з патофізіології ранового процесу, знайомить з новими препаратами для місцевого лікування ран.

Сучасні вимоги суспільства до «комфортності життя», можливості і постійний розвиток техніки хірургічних втручань передумовило необхідність опанування знаннями та технікою виконання оперативних втручань направлених на відновлення набутих внаслідок травм або захворювання чи вроджених вад людини.

Значна частка наукової та практичної діяльності співробітників кафедри приділяється удосконаленню та розробці методів хірургічних втручань направлених на реконструктивно-відновлюване лікування, що дозволяє

повернути чи компенсувати втрачені можливості, зменшити інвалідизацію, чи провести хірургічну корекцію вроджених естетичних вад.

Теми циклів поділені на вивчення хірургії окремих анатомічних ділянок тіла людини (лице, молочна залоза та ін.) . в процесі навчання слухачі знайомляться з сучасними підходами для визначення хірургічної тактики, можуть ознайомитись з хірургічним втручанням при операції, прийняти в ній участь.

Співробітники кафедри приймають активну участь в організації та проведенні Українських з'їздів, конференцій, нарад головних позаштатних спеціалістів з питань комбустіології та пластичної хірургії. Приймають участь у міжнародних конгресах, з'їздах, симпозіумах, майстер класах.

Особливі вимоги стосуються навчання лікарів-інтернів хірургів для вміння надавати екстрену кваліфіковану медичну допомогу постраждалим з опіками, ураженнями м'яких тканин зумовили необхідність введення в курс інтернатури 54 годинного циклу з питань лікування термічної травми, які увійшли в іспит «Крок 3». За останні 3 роки на базі кафедри пройшли навчання 129 лікаря-інтерна хірурга, де вони змогли не тільки теоретично ознайомитись з питаннями лікування опікової травми, але і безпосередньо взяти участь в лікуванні опікових хворих та екстрених хірургічних втручаннях.

В сучасних умовах, пов'язаних з епідемією COVID-19, з'явилась необхідність адаптації учбового процесу організації освітньої діяльності до вимог Наказу НМАПО імені П.Л. Шупика № 3331 від 11.09.2020 року. в учбових циклах розширена частка використання дистанційних методів навчання, але обмежено можливість безпосередньої роботи слухачів з хворими, що потребувало від НПП кафедри розширити і вдосконалити вміння презентувати хворих, та практичну діяльність лікаря в онлайн формі, як презентацій клінічних випадків, так і проведення практичних занять у «прямому ефірі».

Висновки: 1. Навчальні плани та програми що затверджені на кафедрі охоплюють весь необхідний спектр питань для надання кваліфікованої (спеціалізованої) допомоги при термічному ураженні, а також при лікуванні хворих з поширеними дефектами м'яких тканин, набутими чи вродженими вадами функціонального чи косметичного характеру.

2. Підвищення рівня знань та практичних навичок у лікарів хірургів приведуть до більш активного їх застосування в практичній діяльності, що, в свою чергу, покращує результати лікування хворих з термічною травмою

та її наслідками, поширеними втратами м'яких тканин, з набутими чи вродженими функціональними та естетичними вадами.

Список використаних джерел

1. Лазоришинець, В. В., Банчук, М. В., Волосовець, О. П., Фещенко, І. І., П'ятницький, Ю. С. (2009). Стан підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників і завдання вищої медичної школи щодо її інтеграції до світового освітнього простору. Тернопіль. *Медична освіта*, (2), 5–10.

2. Weggemans, Margot M.; van Dijk, Bruce; van Dooijeweert, Birgit; Veenendaal, Anne G.; ten Cate, Olle. (2017). Die ausbildung zum facharzt : Ein internationaler vergleich. *GMS Journal for Medical Education*, (34(5)). doi: 10.3205/zma001140.

3. Козинець, Г. П., Галич, С. П., Жернов, О. А. (2018). Післядипломне навчання лікарів хірургів з лікування опіків та їх наслідків, реконструктивно-відновної хірургії, пластичної та естетичної хірургії. *Пластична, реконструктивна і естетична хірургія*. (3-4), 11-18.

ПОДОЛАННЯ ЦИФРОВОГО РОЗРИВУ У ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ФАРМАКОЛОГІЯ». ВІД ІДЕЇ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ

Кравцова Н.

*к.фарм.н., асистент кафедри
фармакології*

**Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Україна**

Розглядається багатоаспектна проблема цифрового розриву (digitaldivide) в контексті зміни парадигми комунікації між людьми, однією із складових частин якої є передача знань відповідно до концепції «life long learning» та наявна різниця поколінь між викладачами та студентами. Пропонується стратегія зменшення цифрового розриву в середовищі здобувачів освіти шляхом зміни рольової моделі викладання через введення в модель “викладач - студент” інтелектуального агента, здатного формувати віртуальний навчальний простір та забрати на себе процеси навчання, які можна автоматизувати. Досвід кафедри фармакології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця показує, як частково зменшити цифровий розрив шляхом створення інтерактивної фармакологічної студії.

Ключові слова: цифровий розрив, викладання фармакології, інтелектуальний агент, штучний інтелект, інтерактивна студія, рольові моделі при навчанні.

Швидкий розвиток суспільства та потреба у більш кваліфікованій робочій силі на початку 20 століття сприяли розвитку філософії безперервного навчання протягом усього життя, що відома як Lifelong Learning [1]. Дана концепція, в першу чергу, орієнтується на сучасний рівень інформаційно-технічного забезпечення, що здатний створити умови для цифрового середовища. Крім того, цифрове, або «діджитал» середовище вимагає високого рівня технічних знань у спеціалістів, що надають освітні послуги. в той же час, у вищих навчальних закладах існує дефіцит сучасних технічних засобів та вікова різниця між суб'єктами інформаційної взаємодії, яка має певні негативні наслідки для вищої школи, де різниця між викладачем і студентами може сягати два - три покоління [2]. Сучасне покоління студентів, народжених на початку 2000 років, є повністю «цифровим поколінням». Їх називають «покоління Z», «центеніали» або «цифрові люди», бо вони пов'язані між собою тенетами Інтернету і щоденно використовують різноманітні мобільні технології для комунікації з світом [3]. Така відмінність між освітянами та здобувачами освіти, а також недостатність інформаційно-технічного забезпечення підняли на новий рівень багатоаспектну проблему цифрового розриву [4; 5], яка в контексті безперервного професійного розвитку перестає бути ефемерною.

Стратегія вирішення проблеми цифрового розриву при викладанні фармакології полягає у впровадженні таких сучасних інформаційних технологій, які б скоротили зазначений розрив шляхом занурення студента у цифрове середовище, що здатне зменшити вимоги з цифрової обізнаності для викладацького складу і було б «природним» для «діджиталізованого» покоління студентів.

Кафедра фармакології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця знайшла рішення, як скоротити цифровий розрив, створивши інтерактивну фармакологічну студію (ІФС). ІФС є надсучасним студент-орієнтованим цифровим простором, який допомагає структурувати знання та сприяє розвитку фармакологічного/клінічного мислення у студентів, стимулює увагу та підвищує мотивацію до навчання. Студія оснащена 3D моделями, світлодіодними схемами, мобільними панелями, що візуалізують головні аспекти нейрофармакології,

електронною системою вихідного контролю знань з можливостями аналізу ефективності навчання та ефективності роботи викладача. Ключовим елементом студії є настінний сенсорний SMART-дисплей, що допомагає викладачу продемонструвати, а студентам у відео форматі побачити і відчути зв'язок мікроскопічного світу ліків з їх макроскопічним впливом на організм пацієнта. Важливою перевагою ІФС є ефективне залучення в навчальний процес студентів з різними репрезентативними сенсорними системами (аудіалів, візуалів та кінестетиків). Це дає можливість викладачу працювати з студентами у трьох модальних системах та реалізовувати синтонне навчання. Елементи гейміфікації та повне занурення студентів у «віртуальний» світ фармакології під час заняття є кроками по подоланню цифрового розриву, на які спрямовані серйозні організаційні, матеріальні та кадрові ресурси. Це є приклад реалізації надсучасних освітніх технологій в медичній освіті і першим етапом впровадження інновацій.

Перспективним наступним етапом є удосконалення сучасних підходів до навчання через дослідження ролі та імплементацію штучного інтелекту (artificial intelligence) як інтелектуального агента, який виступатиме в якості джерела структурованих знань та інструмента об'єктивного оцінювання знань студента. Це змінить рольову модель в системі навчання з двокомпонентної «викладач-студент» на трикомпонентну: «викладач-студент-інтелектуальний агент». Викладач в цій моделі виступає в ролі експерта, до якого можна звернутися з питанням, яке не здатний вирішити інтелектуальний агент. в новій парадигмі змінюється також модель студента, який з пасивного слухача перетворюється на активного шукача знань, для якого інтелектуальний агент доступний цілодобово.

Висновок. Багатоаспектна проблема цифрового розриву при передачі знань у вищій школі при наявній різниці поколінь - актуальна проблема сьогодення. Інтерактивна фармакологічна студія, як інструмент “занурення” студента в віртуальний світ фармакології, вже сьогодні показала свою ефективність, збільшивши в роботі викладача творчу складову, піднявши рівень мотивації до навчання та ефективність сприйняття інформації студентами, зменшивши цифровий розрив.

Список використаних джерел

1. Безперервне навчання. (2019). Deloitte Global Human Capital Trends
URL: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/>

ua/Documents/human-capital/Deloitte-Global-Human-Capital-Trends-2019-7.pdf

2. Жилінська, О. І. Вікова структура кадрового потенціалу науки: проблеми та завдання державної науково-технічної політики в Україні
URL: <http://dspace.nbu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/49525/10-Zhilinska.pdf>

3. Сапа, А. В. (2014). Поколение Z – поколение эпохи ФГОС. Инновационные проекты и программы в образовании, (2), 24–30.

4. Чмерук, Г. Г. Краліч, В. Р. (2018). Цифрова нерівність в Україні: аналіз та шляхи подолання. Молодий вчений, (7(1)), 289–293.

5. Міськевич, Т. Цифрова нерівність у сучасному суспільстві: український вимір світових тенденцій. URL: <http://librinfosciences.knukim.edu.ua/article/download/169673/170934>

СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПІД ЧАС ПЕРЕХОДУ НА ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ: ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ КУРСУ «ЛАТИНСЬКА МОВА ТА МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ» У ХНМУ

Литовська О.

канд. філол. наук, доцент кафедри латинської мови та медичної термінології

Харківського національного медичного університету, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-1521-308X>

Перехід на дистанційне навчання постав викликом для українських ЗВО. На разі перед освітянами, зокрема представниками медичної та фармацевтичної галузі, виникає завдання обміну, опрацювання та аналізу досвіду. Активне використання сучасних інформаційних технологій - необхідна складова цього процесу. Для дисциплін гуманітарного профілю медичних ВНЗ цей досвід може постати базою для майбутнього переходу до змішаного навчання. Особистий досвід автора при викладанні латинської мови у згаданих умовах може бути екстрапольованим на інші дисципліни.

Ключові слова: дистанційне навчання, латинська мова, платформа Moodle, комунікація, медична термінологія, інформаційні технології, Zoom, месенджери.

Підготовка конкурентоспроможного професіонала вимагає використання інноваційних методів, зокрема залучення сучасних інформаційних та комп'ютерних технологій. Технологічна та психологічна готовність викладачів та студентів у закладах вищої освіти України є неоднаковою, суттєво відрізняється рівень комп'ютеризації та забезпеченості Інтернетом.

Вважається, що кафедри гуманітарного профілю у медичних ЗВО не надто активно залучають сучасні інформаційні технології до освітнього процесу. Позитивний досвід багатьох гуманітарних кафедр українських медичних закладів вищої освіти спростовує це уявлення (роботи Д. В. Дюрби, Н. О. Лисенко, О. О. Литвиненко, Н. С. Нікітіної, О. М. Рак, та ін.).

Введення карантину у зв'язку із поширенням COVID-19 та безальтернативний перехід на дистанційну форму навчання внесли суттєві корективи у процес залучення сучасних технологій у навчальний процес. Перехід на дистанційне навчання вимагав використання сучасних технологій, навіть там, де вони не застосовувалися раніше.

Актуальність роботи обумовлюється необхідністю зафіксувати, проаналізувати та впровадити у освітній процес той унікальний досвід використання сучасних інформаційних та комп'ютерних технологій, який ми одержали під час «аварійного» переходу на дистанційне навчання.

Для кафедри латинської мови та медичної термінології Харківського національного медичного університету сучасні технології - елемент повсякденної роботи. в активі досвід використання мультимедійних дошок для роботи в аудиторії, комп'ютерні презентації для усіх тем, робота із мобільними за стосунками Kahoot! та Quizlet для введення інтерактивного та ігрового елементу на занятті, поширення навчальних матеріалів за допомогою хмарних сервісів Google, організація комунікації та інформування студентів через соціальні мережі Facebook та Instagram.

В умовах карантину ці напрацювання постали основою для організації навчання у асинхронному режимі. у автора, так само як у інших викладачів кафедри, не було досвіду проведення практичних занять із використанням відеозв'язку, організації відпрацювання практичних навичок та контролю їхнього опанування дистанційно у синхронному форматі. Разом з тим напрацювання кафедри не були інтегровані у єдину університетську систему, адже на момент початку карантину лише закладалися її підвалини на платформі Moodle.

Наш досвід переходу на дистанційне навчання можна умовно розділити на три етапи: початковий (оперативне опанування засобами відеозв'язку, налагодження комунікації зі студентами, адаптація існуючих матеріалів до практичних занять у Zoom), основний (створення курсів у Moodle, наповнення електронних курсів навчальними та методичними матеріалами), заключний (налагодження системи контролю знань, оптимізація синхронних та асинхронних методів, проведення диференційованих заліків, підбиття підсумків).

Завданням перших тижнів було налагодження комунікації із студентами. Для цього використовувалися соціальні мережі та месенджери (Telegram, WhatsApp). Варто відмітити, що найпродуктивнішим методом організації спілкування зі студентами виявилися групові чати у месенджерах. Таким чином інформація (посилання на конференції або інструкцій щодо виконання завдань) швидко передавалася усій групі, здійснювався контроль присутності студентів, можна було виконати деякі практичні завдання (переклад або пояснення термінів, запис рецептів) та перевірити домашнє завдання тощо. Порівняно із електронним листуванням така комунікація значно ефективніша. Групові чати виправдали себе і на наступних етапах переходу на дистанційне навчання, адже давали змогу оперативно реагувати на зміни у навчальному процесі, технічні проблеми та психологічний стан студентів.

Паралельно на цьому етапі налагоджувалася робота у Zoom та відбувалася реєстрація викладачів та студентів у платформі Moodle. Сервіс Zoom використовувався для проведення практичних занять у синхронному режимі. Він давав можливість здійснити перевірку домашнього завдання (усно або письмово учаті), попрактикуватися у перекладі та аналізі медичних термінів, викласти новий матеріал (із використанням адаптованих до демонстрації онлайн презентацій та методичних матеріалів), закріпити нові знання.

На першому етапі адаптації поточний контроль здійснювався за допомогою Kahoot! студентам пропонувалися тести в ігровій формі. Це мало організуючий та контролюючий сенс, адже демонструвало студентам, що їхня робота фіксується і не достатньо лише підключитися до конференції. Однак тести у Kahoot! мали і деякі недоліки, зокрема однакові питання для всіх, неможливість синхронізувати виконання завдань із практичним заняттям, складність передбачити достатню кількість часу на виконання завдань відкритого типу тощо.

Приблизно через три тижні у ХНМУ було повноцінно впроваджено систему дистанційного навчання на платформі Moodle, яка наповнювалася синхронно до розгортання навчального процесу та усвідомлення термінів карантину. Курси створювалися за принципом системи MVP (minimum viable product). Для вивчення латинської мови вдалося досить швидко створити електронне навчальне середовище, у якому студенти могли не лише ознайомитися із навчальними матеріалами, але й виконувати тестові завдання, аналізувати персональні помилки, відпрацьовувати одержані на практичному занятті знання. Викладачі одержали можливість об'єктивного контролю навчальної діяльності студентів за допомогою варіативних тестових завдань, спостереження і аналізу особистого прогресу студентів протягом опанування курсу.

Поряд із проблемами технічного плану, на кшталт різної якості Інтернет-зв'язку учасників освітнього процесу, контроль знань студентів у Moodle мав слабкі місця власне методичного плану. Так, у межах платформи не можливо було автоматично оцінити такі аспекти, як правопис клінічних та фармацевтичних термінів або коректне оформлення рецептурного пропису. Тож обсяг часу на перевірку та оцінку викладачем письмових робіт значно збільшився.

На цьому етапі продовжували використовувати сервіс Zoom для проведення практичних занять у синхронному режимі та групові чати у месенджерах. Автор роботи повністю відмовилася від використання Kahoot!, адже процес контролю та фіксації результатів навчання перемістився у Moodle.

Заключний етап переходу на дистанційне навчання характеризувався стабільною та узгодженою роботою на усіх платформах. Досвід складання та перевірки тестувань для поточного контролю із врахуванням особливостей та обмежень платформи Moodle дозволив впровадити систему адаптивного контролю для диференційованого заліку. Виконання практичних завдань супроводжувалося усною частиною, яка проходила у Zoom. Для створення об'єктивного уявлення про перший досвід роботи у дистанційному режимі було проведено опитування студентів щодо визначення недоліків та перспектив для оптимізації роботи у майбутньому.

Процес аналізу одержаного досвіду, робота над помилками, опрацювання результатів опитування триває і досі. Разом із тим продовжується удосконалення створених курсів та їхня апробація у новому навчальному році.

Перехід на дистанційне навчання в надзвичайних умовах карантину продемонстрував психологічну та методологічну готовність викладачів та студентів використовувати сучасні інформаційні технології. Такі інструменти, як месенджери, Kahoot!, Zoom, платформа Moodle, сервіси Google забезпечують якісне середовище для обміну інформацією між викладачем та студентами та viceversa, але не дають змоги повністю автоматизувати контроль прогресу в одержанні знань. Особиста комунікація зі студентами під час карантину мала провідну роль у створенні комфортних умов для навчання (так, спілкування у месенджерах активно використовувалося на всіх етапах впровадження дистанційної форми навчання).

Видається перспективним порівняти досвід викладачів різних ЗВО, провести моніторинг результативності дистанційного навчання для студентів, зіставити досвід студентів, які навчалися рідною мовою та мовою-посередником. Результати порівняння та аналізу мають постати основою для створення якісного сучасного контенту для дистанційного або змішаного формату навчання.

УМІННЯ ПРАЦЮВАТИ З E-HEALTH ТА ТЕЛЕМЕДИЧНИМИ СИСТЕМАМИ ЯК ПОКАЗНИК ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНІСТІ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Орду К.

*викладач кафедри суспільних наук
Одеський національний медичний
університет, Україна*

У статті розглядається сутність поняття «інформаційно-комунікативна компетентність». Подано аналіз понять «електронна медична система» і «телемедицина». На основі проведеного теоретичного аналізу наукових джерел виокремлено перелік умінь та навичок майбутніх сімейних лікарів у межах запропонованого показника поведінкового критерію інформаційно-комунікативної компетентності.

Ключові слова: «сімейний лікар», «інформаційно-комунікативна комунікативна компетентність», «Ehealth», «телемедицина», «медична інформаційна система».

Європейський курс України передбачає необхідність реформування всіх галузей, зокрема системи охорони здоров'я з метою покращення якості надання послуг пацієнтам та конкурентоспроможності вітчизняних лікарів за кордоном. Останнє можливо за умови набуття ними високого рівня професійної компетентності. Одним із підвидів професійної компетентності є інформаційно-комунікативна компетентність (Орду, 2019, с.189).

В аспекті нашого дослідження, показником поведінкового критерію інформаційно-комунікативної компетентності обрано «Наявність умінь працювати з електронною системою охорони здоров'я eHealth та телемедициними системами».

У Довіднику сімейного лікаря (2019, с.66) наголошено, що: «Електронна система охорони здоров'я (eHealth) допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям — надавати якісні медичні послуги. Зазначена система дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти, і запобігати зловживанням.

І. Кучеренко зазначає, що робота з електронною базою знань, медичною інформаційною системою з різних циклів дисциплін сприяє розвитку в майбутніх фахівців культури мислення, у тому числі і клінічного мислення, праці, науково-дослідницької роботи, інформаційно-технологічної діяльності (Кучеренко, 2018, с. 13).

Оволодіння студентами такими вміннями, на нашу думку, дозволить забезпечити автоматизацію ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією в електронному вигляді. Це пов'язано насамперед з тим, що сьогодні найпоширенішим видом комунікативної взаємодії є комунікація засобами комп'ютерних програм, мережне спілкування або комп'ютерно-опосередкована комунікація (англ. computer-mediated communication). Лікарі використовують ІКТ для зв'язку та спілкування з колегами, за допомогою спеціально створених додатків, можливостей телемедицини і м-медицини, з пацієнтами, шляхом телеконсультування та надання медичних послуг на відстані, та з іншими потенційними реципієнтами професійно-релевантної інформації (Манюк, 2017, с. 54). Оскільки телемедицина є компонентом електронної системи охорони здоров'я

eHealth, вважаємо за доцільне розкрити зміст ключових понять та завдань у даному напрямку медицини, а також визначити уміння та навички, якими мають володіти майбутні сімейні лікарі.

Важливою є думка учених (М. Баязітов, Л. Годлевський, С. Калинчук та І. Смірнов), що телемедицина є інтегративним напрямком науково-технічного розвитку системи охорони здоров'я, який забезпечує новий рівень якості медичних послуг на основі об'єднання наукового та практичного потенціалів медицини, систем зв'язку та телекомунікацій, а також спеціалістів у галузі медичної інформатики (2009, с.68) .

На офіційному сайті Одеського обласного центру телемедицини зазначено, що телемедицина – це метод надання послуг з медичного обслуговування пацієнтів, які перебувають в важкодоступних і територіально віддалених від організацій охорони здоров'я регіонах (<https://telemed.od.ua/>).

У Методичних рекомендаціях із діагностики та лікування деяких захворювань при наданні телемедичних послуг (для лікарів загальної практики – сімейної медицини) (2019) визначено основні завдання телемедицини: - забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання; - збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; - створення єдиного медичного простору; - сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я; - формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я.

Як зазначає І. Сенюта, результат телеконсультації може включати таку інформацію: можливий діагноз із вказівкою необхідних заходів для проведення диференційної діагностики з алгоритмами діагностичного пошуку;діагноз із обґрунтуванням або обґрунтування причин, за яких діагноз сформулювати неможливо;необхідні додаткові діагностичні заходи та ціль їхнього проведення; детальні рекомендації з лікування (Сенюта, 2012,с.144).

Учені М. Баязітов, Л. Годлевський, С. Калинчук та І. Смірнов (2009) вважають, що для підвищення ефективності впровадження сучасних телемедичних технологій у роботу освітніх закладів, системи охорони здоров'я на рівні діяльності факультету удосконалення лікарів

обов'язковим є подальший розвиток законодавчого трактування положення про дистанційну освіту в медичній галузі, спираючись на яку було б можливо: проводити дистанційні курси підвищення кваліфікації медичних працівників (лікарів і медичних сестер); організовувати показові операційні втручання з дистанційним навчанням лікарів, студентів, середнього медичного персоналу; здійснювати прийом слухачів за певними кваліфікаціями та спеціальностями на дистанційну форму навчання (2009, с.68).

В Україні для запобігання поширенню коронавірусу COVID-19, МОЗ впровадило тимчасові норми, які є обов'язкові до виконання закладами охорони здоров'я. Так, Наказом від 23.03.2020 р. №698 затверджено «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2». Відповідно до Наказу, «Закладам охорони здоров'я вжити заходів використанням технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі (надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини)» (Наказ №698, 2020).

Зважаючи на вищезазначене, визначимо перелік умінь та навичок майбутніх сімейних лікарів у межах запропонованого показника поведінкового критерію інформаційно-комунікативної компетентності. Отже, майбутні сімейні лікарі повинні уміти: працювати з медичними системами бібліографічного пошуку; проводити телеконсультації у режимах off-line і on-line, володіти технологіями розробки медичних баз даних; проводити телемедичні консультації; проводити медичні відеоконференції. Перспективою подальших наукових розвідок убачаємо у розробці спецкурсу з основ телемедицини для майбутніх сімейних лікарів.

Список використаних джерел

1. Довідник сімейного лікаря. Відновлено з <http://shkolalikarya.org.ua/> .
2. Годлевський, Л. С., Калинчук, С. В., Баязітов, М. Р., Смірнов, І. В. (2009). Телемедичний проєкт Одеського регіону як модель кращої

практики надання медичних послуг населенню. Інтегративна антропологія. (2), 64–69. Відновлено з <http://repo.odmu.edu.ua:80/xmlui/handle/123456789/2309>

3. Кучеренко, І. І. (2018). Особливості формування інформатичної компетентності студентів НМУ імені О. О. Богомольця при використанні елементів дистанційного навчання. Комп'ютер у школі та сім'ї. (8), 11–15.

4. Манюк, Л. В. (2017). Підготовка майбутніх лікарів до фахової комунікації засобами інформаційно-комунікаційних технологій в університетах США : дис.... канд. пед. наук : 13.00.04. Львів.

5. Методичні рекомендації з діагностики та лікування деяких захворювань при наданні телемедичних послуг (для лікарів загальної практики – сімейної медицини). Відновлено з https://moz.gov.ua/uploads/2/14076a5_2019_moz_shupik_forweb.pdf

6. Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 (Наказ Міністерства охорони здоров'я України) №698 23.03.2020 (2020). Відновлено з https://moz.gov.ua/uploads/3/19644-dn_23032020_698_dod.pdf

7. Одеський обласний центр телемедицини. Відновлено з <https://telemed.od.ua/>

8. Орду, К. С. (2019). Критерії, компоненти та показники інформаційно-комунікативної компетентності майбутніх сімейних лікарів. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, (70), 189-193. Відновлено з <http://enquir.npu.edu.ua/handle/123456789/27890>

9. Сенюта, І. (2012). Консультативна допомога у сфері охорони здоров'я: деякі питання її надання. Український медичний часопис, 1 (87), 143-144. Відновлено з <https://www.umj.com.ua/article/26028/konsultativna-dopomoga-u-sferi-oxoroni-zdorov-ya-deyaki-pitannya-ii-nadannya>.

СИСТЕМА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПИТАНЬ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ В ЗАКЛАДАХ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Подаленко А.

Професор, професор кафедри гігієни, епідеміології та професійних хвороб Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

<https://orcid.org/0000-0003-4585-060X>

Зеленська Л.

Професор, професор кафедри педагогіки Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-3324-5173>

Реформування галузі охорони здоров'я в Україні вимагає від лікарів первинної медичної допомоги (ПМД) здійснення інноваційної професійної діяльності в галузі епідеміологія. Підготовку компетентних фахівців з питань епідеміології інфекційних хвороб здатні забезпечити кафедри епідеміології закладів післядипломної освіти, впроваджуючи в освітній процес обґрунтовану науково-методичну систему. Це дозволить сформувати у лікарів загальної практики – сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів – здатність до ефективного епідеміологічного нагляду (ЕН) за інфекційними хворобами, метою якого є попередження поширення інфекцій.

Ключові слова: епідеміологія, лікарі первинної медичної допомоги, післядипломна освіта, інноваційна професійна діяльність.

Реформування системи охорони здоров'я України згідно зі світовими стандартами сприяло розширенню професійної діяльності лікарів ПМД загальної практики – сімейних лікарів, педіатрів та терапевтів. Наразі вони мають надавати близько 80 % медичної допомоги від загального обсягу [1], що дозволить підвищити результативність роботи закладів охорони здоров'я та раціонально використовувати кошти [2]. Водночас реорганізація санітарно-епідеміологічної служби, переорієнтація медицини від парадигми «лікування» до парадигми «профілактика» захворювань [3] зумовили й більш широке залучення лікарів ПМД до ЕН

за інфекційними хворобами, який передбачає не тільки спостереження, але і профілактичні втручання (установлення та усунення факторів ризику, вакцинацію тощо) [4]. Утім за результатами анонімного анкетування тільки 42,5 – 50,4 % із них готові до інноваційної професійної діяльності, що охоплює питання епідеміології [5].

Вище зазначене ставить на порядок денний проблему якісно нового підходу до підготовки компетентного лікаря ПМД. Наразі у вищих медичних навчальних закладах (ВМНЗ) розроблено освітньо-професійні програми за визначеною спеціальністю, здійснюється післядипломна підготовка первинної спеціалізації (інтернатури) лікарів ПМД на кафедрах загальної практики – сімейної медицини тощо. Проте, на наше переконання, в межах чинної системи підготовки лікарів ПМД питанням епідеміології інфекційних хвороб приділяється недостатньо уваги, зокрема, проявам епідемічного процесу, профілактичним та протиепідемічним заходам. Не всі інфекції, за якими проводиться ЕН в Україні, охоплені навчальними програмами. Обмаль навчального часу (6 год.) відводиться на імунопрофілактику.

Розв'язанню окресленої проблеми сприяло б проведення циклів тематичного удосконалення підготовки лікарів ПМД з питань епідеміології інфекційних хвороб на кафедрах епідеміології в закладах післядипломної освіти. Однак суттєвою перепорою на цьому шляху слугує наказ МОЗ України від 24.04. 2008 р. №230 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 17.12.98 №346», згідно з яким, незважаючи на кардинальні зміни в системі охорони здоров'я та освіти, кафедри епідеміології не мають права проводити підготовку лікарів інших спеціальностей, окрім епідеміологів.

Отже, беручи до уваги суспільні виклики та з метою підвищення якості підготовки лікарів ПМД до інноваційної професійної діяльності, у статті теоретично обґрунтовано систему підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів з питань епідеміології інфекційних хвороб на циклах тематичного удосконалення у закладах післядипломної освіти. Для досягнення поставленої мети проаналізовано нормативно-правові документи щодо діяльності лікарів ПМД, переглянуто чинні навчальні програми ВМНЗ післядипломної освіти Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, взято до уваги компетентнісний підхід до реалізації «інноваційної професійної діяльності» зазначених фахівців [6].

Згідно з «Положенням про післядипломне навчання лікарів (провізорів)», затвердженого наказом МОЗ України від 22 липня 1993 р. №166 (із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України N 446 від 22.02. 2019 р.), підготовка на циклах тематичного удосконалення здійснюється з метою підвищення професійних знань і навичок лікарів з окремих розділів відповідної спеціальності та для поглиблення набутих компетентностей.

Систему післядипломної підготовки компетентного лікаря ПМД з питань епідеміології, урахувуючи наукові засади інноваційної професійної діяльності фахівців зазначеного профілю, у дослідженні представлено як сукупність таких підсистем – теоретико-цільової, змістовно-технологічної та результативної. Теоретико-цільова підсистема визначає мету – формування готовності лікарів ПМД до інноваційної професійної діяльності; комплекс загальних та конкретних методологічних підходів (системного, синергетичного, особистісно-діяльнісного, компетентнісного, акмеологічного), що обумовлюють засадничі положення підготовки лікарів ПМД у закладах післядипломної освіти; вимоги до лікаря ПМД – здатність виявляти фактори ризику виникнення інфекційного захворювання на підставі якісного ЕН; спроможність поставити діагноз за класифікацією випадку захворювання (підозрілий, вірогідний, підтверджений); уміння проводити профілактичні та протиепідемічні заходи, здійснювати індивідуальний підхід до пацієнта в аспекті профілактики ризиків розвитку захворювання; принципи організації й надання медичних послуг (безпечність, результативність, своєчасність, економічна ефективність, недискримінація, орієнтованість на людину); принципи організації підготовки лікарів до інноваційної професійної діяльності (єдність змістового та процесуального компонентів, забезпечення можливостей реалізації інновацій у професійній діяльності, спрямованість змісту підготовки на регіональний аспект).

Змістовно-технологічна підсистема спрямована на формування у лікарів ПМД системи знань і вмій щодо забезпечення ЕН за групами інфекційних хвороб чи окремими нозологічними формами. Вона передбачає вільний вибір слухачами найбільш актуальних тем циклів та оволодіння навичками ЕН за такими блоками: інформаційний (спостереження, збір достовірної інформації щодо факторів середовища життєдіяльності та захворюваності), діагностичний (визначення епідеміологічних ризиків, постановка епідеміологічного діагнозу, оцінка

епідемічної ситуації), управлінський (усунення факторів ризику, організація та проведення профілактичних та протиепідемічних заходів). Окрім цього, зазначена підсистема включає добір викладачами оптимальних методів і форм проведення циклів тематичного удосконалення лікарів ПМД за визначеними темами, переважно інтерактивних: лекції (академічна, візуалізація, проблемна, інтерактивна, лекція-конференція), семінари, практичні заняття (моделювання професійних ситуацій, скрайбінг, ділова гра, сторітелінг, метод кейс-стаді, індивідуальні заняття з викладачем – для моделювання індивідуальної освітньо-наукової траєкторії слухача). Наразі, ураховуючи економічну кризу в Україні (неможливість забезпечити проведення якісних занять на виїзних циклах), а також епідемічну ситуацію, пов'язану з COVID-19, найбільш доцільною формою післядипломної підготовки фахівців зазначеного профілю вважаємо дистанційну (наказ МОН України від 25.04. 2013 р. «Про затвердження Положення про дистанційне навчання» (із змінами, внесеними згідно з наказами МОН № 660 від 01.06.2013 та № 761 від 14.07.2015 р.)). Зважаючи на це, створення умов доступу до електронних ресурсів навчальних програм за допомогою засобів інформативно-комунікативного зв'язку для слухачів та викладачів є пріоритетним завданням ВМНЗ післядипломної освіти.

Результативна складова підсистеми охоплює сукупність критеріїв готовності лікарів ПМД до інноваційної професійної діяльності (мотиваційний, когнітивно-діяльнісний, рефлексивний) та рівні їх виявлення (високий, середній, низький). Діагностування здійснюється за допомогою організації попереднього, поточного та підсумкового видів контролю.

Проведене дослідження дає підстави для висновку, що пропонується система підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів з питань епідеміології інфекційних хвороб на циклах тематичного удосконалення у закладах післядипломної освіти здатна забезпечити їх готовність до інноваційної професійної діяльності з питань епідеміології, реалізувати на практиці парадигму «профілактики» захворювань, підвищити результативність роботи закладів охорони здоров'я України в цілому.

Список використаних джерел

1. Думанский, Ю. В., Синяченко, О. В., и Игнатенко, Г. А. (2013). *Семейный врач (врач общей практики)*. Донецк: Изд-во медунивер.

2. Egnew, T. R., Wilson, H. J. (2011). Role modeling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum. *Fam. Med*, 43 (2), 99–105.

3. Про схвалення концепції розвитку системи громадського здоров'я (Постанова Кабінету міністрів України) № 1002-р. (2016). Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>.

4. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги (Наказ Міністерства охорони здоров'я України Міністерство охорони здоров'я України), № 504. (2018). Вилучено з <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>.

5. Шпита, О. О. (2017). Медико-соціальне обґрунтування моделі первинної медико-санітарної допомоги при інфекційних та паразитарних хворобах. (автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 Соціальна медицина). Київ, Україна. Вилучено з <http://nmuofficial.com/nauka/rady/spetsializovani-rady/spetsializovana-vchena-rada-d-26-003-01/>

6. Дичківська, І. М. (2015). Інноваційні педагогічні технології : підруч.. 3-тє вид., випр. Київ: Академвидав.

FROM OFFLINE TO ONLINE: MODIFYING THE STRATEGIES OF TEACHING HISTORY OF PHARMACY

Razdorskaya O.

*Candidate of Pedagogical Sciences,
Associate Professor of the Department of
Foreign Languages*

Kursk State Medical University, Russia

<https://orcid.org/0000-0001-6316-3948>

In the article, the experience of cooperation of the Department of Pharmaceutical Marketing and Management and the Department of Foreign Languages of KSMU in the process of teaching History of Pharmacy for the foreign students has been presented. The main principles of teaching foreign pharmaceutical students as well as the problems of linguistic, ethic and pedagogic character a teacher faces in the educational process have been

outlined. Finally, the creative teaching technologies used offline, and their modifying for online teaching and learning have been shown.

Key words: creative methods, History of Pharmacy, foreign students

In 1994, Kursk State Medical University was as an experiment given an exclusive opportunity to start training specialists in medicine and pharmacy in English. In fact, KSMU was the first University in Russia to teach foreign students in English [1]. Since 1995, the Department of Pharmaceutical Marketing and Management has been teaching History of Pharmacy (as well as Pharmaceutical Marketing and Management, Medical and Pharmaceutical Study of Merchandise) for the students from Lebanon, Nigeria, Kenya, Sri Lanka and Palestine.

We have obtained a great empirical experience of the course design, delivering the lectures, carrying out seminars and practical classes. The first problem the Department of Pharmaceutical Marketing and Management faced was the lack of teachers with the knowledge of Professional English. The knowledge of General English was not enough. That's why the cooperation with the Department of Foreign Languages was initiated.

Starting with the first Lebanese students in 1995 and till now, teaching is being carried out according to the following principles:

- taking into account the multicultural environment of the University (foreign students from the different countries, Russian students, students from the CIS countries that study in Russian);
- taking into account the ethnic, cultural and religious peculiarities of the foreign students;
- taking into account the fact that English is not the students' first language;
- taking into account the initial level of the foreign students' knowledge of European history and culture in general.

Our empirical experience has revealed the following problems and challenges of linguistic, ethic and pedagogic charactera teacher faces in the educational process:

1. The first-year students are taught in English and have just started studying Russian. Moreover, a teacher of History of Pharmacy doesn't know

the students' first languages. That's why pharmaceutical terms can be explained only in English, and a teacher should know their synonyms.

2. Being one of the principles of Reflective and Creative Approach worked out by the author of this research [2], the principle of taking into account a student's personal characteristics presupposes in our case that a teacher should know his/her ethnic, cultural and religious background. Sometimes in the same academic group there are students belonging to different religions (Christians and Muslims), thus the task of the teacher is to promote their tolerant attitude to each other. A teacher should know the basics of Christianity and Islam to have a better understanding of the students. The units 'History of Medicine and Pharmacy in the Byzantine Empire' and 'History of Medicine and Pharmacy in the Arabic Caliphate' show the students the heritage of the doctors, scientists, philosophers of different religions.

3. The students' individual work can be arranged according to their culture and religion. Students from Arabic countries were given an assignment to prepare the reports about outstanding Muslim doctors, about traditional medicine of the Arabs, about the teachings on hygiene in Islam. Students from Nigeria were given an assignment to prepare the reports about the development of medicine and pharmacy in their home country, about African shaman doctors, about medicinal herbs used in traditional African medicine and pharmacy, and the influence of Christianity on Voodoo religion.

4. By means of the method of observation, we have found out that the students from Nigeria are very inquisitive, good speakers, creative and willing to take part in innovative activities (role plays, imitation and business games) at the classes. They are willing to present the reports on different topics as their speech is eloquent. Nigerian students are easy to work with, and it is worth using innovative, but not reproductive methods of teaching at the classes for them.

A teacher should adapt to the students' national character, to communicate with each student individually to give him/her more information and teach the units connected with the students' culture in a way more appropriate for them. In this situation, both subjects of education

have benefits: it is easier for a student to learn this unit, and a teacher enlarges the scope of knowledge of the world history of pharmacy.

All the features of the students mentioned above are very useful in conditions of traditional (offline) teaching and learning process. But in 2020, we have unexpectedly faced the problem of transition to online teaching. It is rather difficult to use business games, etc. during online learning.

Instead of using discussions, business games, didactic dramas, etc. we are working out the tasks suitable for online learning. For example, we have designed a creative task for the students who will be studying the unit 'Medicine in the Primeval Epoch'. The task is to write a post for Live Journal in the format 'One My Day' as if they were: a shaman doctor; a patient (a hunter wounded during hunting a mammoth); a chief of the tribe who had to inform the shaman doctor of a patient's wound. Making this task the students are supposed to use the material of the lecture, reflect on it and think of the actions of the characters chosen. At the same time, these students receive the initial skills of time management in the process of planning their character's day.

Studying the unit 'Medicine in Sumer, Babylonia and Assyria' the students usually take part in the business game 'Babylon' [3]. Instead of it, we had to modify this task the following way. A student should imagine that he/she is an *asu* (a doctor) or an *ashipu* (a priest) who had seen an advertisement about the vacancy of a doctor for the king of Babylon. The task is to write a CV using the answers to the certain questions (e.g., *What theories of treatment were worked out by you? What methods of treatment do you use? What medicinal herbs do you use? What payment do you get for your treatment?*), and prove that his/her methods of treatment are the most effective. A student should give arguments of the skills and abilities of the type of healer he/she has chosen.

The next task was to act as an expert at the excavations and to define if the clay tablets with the texts of prescriptions found by the archeologists are real or fake. The students read the texts (we have designed them on the basis of the text from a real Sumer clay tablet), which contain the mistakes considering the drug components. Knowing the facts about medicine in Sumer, they should point out a real tablet and the fake ones. Then the

students answer the questions like these: *What king's library can these tablets be found in? What language are they written in?*

Studying the unit 'Medicine and Pharmacy in Ancient Egypt' the students make the cases in written form. They write small essays as if they were: a Greek historian Herodotus (who visits Egypt and writes a book about this country); an ordinary Egyptian man (whose appearance differs from a Greek one); Anubis, the god of death(who is going to make a mummy); Imhotep, the great Egyptian doctor and architect.

Some tasks designed by us are aimed at the development of the competences necessary during the process of studying the other subjects at the department of Pharmaceutical Marketing and Management. The students acquire certain initial skills of time management, making a CV, planning, etc.

Studying each unit offline presupposed active communication between a teacher and the students, between the students divided into subgroups at the class. Unfortunately, the advantages of active and creative methods of teaching are to some extent lost during teaching and learning online.

From September, 2020 we are going to teach a group of the students from Nigeria and planning to modify the course content. Adding the unit 'History of Medicine and Pharmacy in Africa' we are trying to overcome eurocentrism. The unit 'History of Medicine in Pharmacy in KyivanRusand Russia' is added because the students should know the history of the country they are studying in.

To sum it up, we can come to the conclusion that teaching History of Pharmacy for the foreign students requires a great deal of preparation, improvement of telecommunication capabilities in education, modifying the course design and, more importantly, adaptability of a teacher's methodological thinking to the new conditions of education, teaching and learning.

References

1. Лазаренко, В. А., Дроздова, И. Л., Бобынцев И. И., Антонов, А. Е. (2016). Курский государственный медицинский университет. Фармацевтическому факультету 50 лет. Курск: Издательство ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России.

2. Раздорская, О. В. (2017). Теоретические основы разработки рефлексивно-креативного подхода к лингвистической подготовке студентов-медиков. *Современные проблемы науки и образования*, (6). <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27190>

3. Razdorskaya, O. (2009). Interdisciplinary links in pharmaceutical education: English and History of Medicine and Pharmacy [Conference presentation]. *Scientific Researches and their Practical Application*. Modern State and Ways of Development, October, 2009, Odessa, Ukraine.

DISTANCE LEARNING AT THE DEPARTMENT OF PROSTHETIC STOMATOLOGY IN NATIONAL PIROGOV MEMORIAL MEDICAL UNIVERSITY

Romashkina O.

Senior Lecturer, Department of Prosthetic Stomatology

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

The publication contains the data about distance learning in the subject 'Materials Science and Dental Equipment' using the various types of test tasks such as open, closed and semi-closed test tasks for the first-year students of Stomatological Faculty at the Department of Prosthetic Stomatology of Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University.

Key words: distal learning, material science, test tasks.

Distance learning in the medical universities of Ukraine that has been forced in the conditions of quarantine, and it has been caused by the outbreak of the CORONA19 virus represented a number of advantages and disadvantages of this type of students' educational work, and it showed the prospects of the educational process online as well as it highlighted the possible meaning of this method in combined type of learning which combines the training of future stomatologists in the classroom, and with the help of the advanced technologies outside the walls of their Alma Mater. We used training on the cloud service Microsoft Teams where we have created the teams among the first-year students of stomatological faculty on the subject 'Materials Science and Dental Equipment'. In order to check the level of ascending knowledge of students we used the various test tasks of open-ended as well as closed-ended type [1; 14]. The first- year

students got such open-ended tests as free presentation tasks and supplementary tasks. Those tasks did not have the distractors, so the student had to decide on the answer and write it in the test task without teacher's assistance. Test tasks of free presentation provided for students' free answers to the questions. For example, a student had to write definition of some kind of impression material used in prosthetic dentistry. In the test tasks looking as additions the student had to answer the question independently, without any distractors. A number, or a word, or a phrase, or even a whole sentence could serve as the answer. For example, in the test task a student marked the equipment of the dental laboratory, or instruments in the dental room with the help of a number in the picture of the test task; with the help of letter a student could mark a group of the impression materials used in taking the impression by a prosthodontist, or in such a way a student could wrote the square of the dental room that contained the various amount of the dental units. Students added the information about advantages and disadvantages of any kind of dental cement, or therapeutic and surgical instruments' usage by a word, or by a phrase, or with the help of the whole sentence. The peculiarity of the tasks of this type meant they had to form only one correct answer that had been planned by the teacher. Despite the fact that development of such type of test looks like an easy task, it is difficult even for experienced teacher to achieve the result when the student used exactly the option that was planned by the teacher as an answer [2; 90]. Among the closed-ended tests students received the various test tasks e.g. tasks containing the alternative answers that required only two possible answers such as 'yes' or 'no', and 'correct' or 'incorrect'. We used those test tasks while testing the students' knowledge about the indications and contraindications for the usage of ceramic masses and acrylic resins in the clinic of prosthetic stomatology, about advantages and disadvantages of Plaster of Paris and compound impression materials etc. Besides, we used matching tasks when the student was asked to match the elements of two special lists one of which contained the questions and statements about the types of dental instruments, dental equipment and tools, and the other one involved a list of statements and properties of the objects from the first list. The first list of questions looked like column and it included the elements marked with letters, and the second one had the numbers in order to avoid confusion while answering. Those tasks allowed test so-called associative knowledge of students in the subject 'Materials Science and Dental Equipment'. Also,

we used the multiple choice tasks when the student was asked to make the choice between the proposed options, and he/she had to write the correct option, or options, it depended on task, which involved choosing one correct answer, or several correct answers. For example, we used such type of test tasks in order to check students' knowledge about structure and properties of basic and materials used for manufacturing of the variety of prostheses. We think that the best number of options for multiple choice test tasks containing one correct answer is five because students get tasks with such a number of distractors during the license exams 'KROK 1. Stomatology', and 'KROK 2. Stomatology'. Besides, we used the task of establishing the correct sequence, or order when the student had to establish the correct algorithm for taking the impressions by various types of impression materials such as alginate, or silicon rubber impression masses etc., or when he, or she had to describe the correct order of taking the impression from the upper (lower) jaw. As for us, these test tasks of the closed-ended type allows evaluate the level of students' knowledge on any subject in the qualitative and in the simple way, and in the short form. In addition, we used so-called semi-closed test tasks while working on the topics devoted to the study of materials, tools and equipment applied at therapeutic and surgical departments where only the teacher knew the correct answer, and the student answered the questions[3, 133]. Thus, the experience of distance learning, in our opinion, revealed the benefits of learning with the help of test tasks of open-ended, close-ended and semi-closed types, and it confirmed the ability of online learning on the subject 'Materials Science and Dental Equipment' at the Stomatological Faculty ofVinnitsya National Pirogov Memorial Medical University in remote and possible dual learning activities.

References

1. Bida, V. I., Doroshenko, E., & Leonenko, P. V. (2015). The problem of checking quality of specialists training at the Department of Prosthetic Dentistry. *Sovremennaya Stomatologiya*, (2), 132-134.
2. Maltsev, A. V., Vershinina, T. S., Mamontova, V. U., & Barashkova, N. P. (2008). Testovyyetehnologii EGE: Uchebnoye posobiye. Uralskii gosudarstvennyi universitet.
3. Sergienko, V. P., & Kuhar, L. O. (2011). Metodychni rekomendatsii zi skladannya testovyh zavdan: Navch. posib. KNU.

МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ

Семеняк А.

Доцент, доцент кафедри

Андрієць О.

Професор, професор кафедри а

Ніцович І.

Доцент, доцент кафедри

***Кафедра акушерства та гінекології,
ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет», Україна***

Нами проведено визначення ефективності різних методів навчання в умовах сьогодення серед студентів 4-6 курсів. З'ясувалося, що найбільш ефективними методами є самостійна робота студентів, особливо, з проведенням власного дослідження. Значну роль у підвищенні ефективності навчання відіграють різноманітні форми дистанційного навчання, в тому числі он-лайн консультації, та симуляційна медицина. Найменш ефективними є класичні лекції та практичні заняття з опитуванням студентів.

Ключові слова: Навчальний процес, методи навчання, дистанційне навчання.

В умовах сьогодення навчання студентів проводиться у відповідності з освітньо-кваліфікаційними характеристиками та експериментальним навчальним планом, розробленим на принципах Європейської кредитно-трансферної системи, що не заперечує можливостей впровадження різноманітних методів навчання, тому нами проведено визначення ефективності знань студентів 4-6 курсів зі спеціальності «Медицина» при застосуванні різноманітних методів навчання.

Основою навчального процесу залишаються класичні практичні заняття, де у формі опитування, дискусії та ін. проводиться обговорення теоретичного матеріалу, алгоритму виконання практичних навичок, клінічних випадків з подальшим виконанням практичних навичок. Передбачається, при цьому, попередня підготовка студентів до заняття. Однак, при визначенні ефективності засвоєння матеріалу через певний проміжок часу (у середньому 6-9 місяців) виявлено, що, ефективність навчання залежить від попередньої підготовки студентів до практичного заняття. При користуванні підручниками та навчально-методичними посібниками з написанням конспектів, тільки, біля 30 % студентів володіють матеріалом і можуть застосувати набуті знання на практиці. Очевидно, що

у сучасних умовах дана форма навчання не відповідає достатньо потребам студентів. Також можна відмітити низьку ефективність засвоєного матеріалу при прослуховуванні лекцій – до 15-20 %.

Враховуючи отримані результати, нами запропоновано, при вивченні дисципліни, поєднувати різноманітні форми навчання. Слід звернути увагу на самостійну роботу студентів, яка проводиться по кількох напрямках. Основним залишається підготовка за допомогою системи дистанційного навчання. Перевагою такого навчання є вивчення теоретичного матеріалу відповідно до сучасних новітніх поглядів, так як є можливість їхнього постійного оновлення викладачем, перегляд відеоматеріалів та вирішення ситуаційних завдань з самоконтролем. До варіантів дистанційного навчання можна віднести, також, надання консультацій та проведенні міні конференцій зі студентами у он-лайн режимі. Дана форма навчання є високоефективною у випадку високої мотивації студентів. Крім того, є можливість залучення одночасно значної кількості студентів, зворотного зв'язку, що, в деякій мірі, нагадує класичну лекцію, однак є більш доступною та зручною.

Наступним напрямом самостійної роботи є написання тез чи статей студентами на основі власних досліджень. З'ясовано найкращий рівень підготовки у студентів, які займаються таким видом самостійної роботи, тому вважаємо, що виконання студентами власного дослідження повинно бути обов'язковим при вивченні дисципліни.

Високоефективним методом також є чергування студентів у відділеннях лікарні. Однак, у теперішніх умовах, є певні складнощі з безпосереднім контактом студентів з пацієнтами, тому ми вирішили дану проблему шляхом симуляції.

Для засвоєння і вдосконалення практичних навичок, вважаємо, є перспективною симуляційна медицина. Даний вид навчання є доступним, простим у виконанні, з можливістю постійного повторення практичної навички до набуття автоматизму. Симуляція відбувається при роботі з муляжами, де студент може помилятися, самостійно усувати свої помилки і повторювати навичку знову та знову. Навички можна вивчати під контролем викладача або під контролем студентів, які вже засвоїли їх, що значно підвищує мотивацію – якщо хтось навчився, то і я зможу. При роботі з муляжами можна змінювати умови завдання, що робить навчання не стандартним. Також можна спробувати виконати навичку, притримуючись розробленого алгоритму виконання. Такий досвід є цікавим, оскільки, при неправильному виконанні, наступні кроки можуть бути ускладненими або не можливими і студенту доводиться

самому знаходити правильний шлях. у будь-якому випадку, навичка повинна бути перевіреною викладачем для попередження неправильного засвоєння. Також необхідно проводити виконання вивчених навичок, по можливості, на кожному практичному занятті.

Цікавим варіантом симуляції є робота з симуляційним пацієнтом. При цьому, заздалегідь, студенти отримують завдання з діагнозом хвороби, яку повинні симулювати. Це один з найбільш ефективних методів навчання (до 70 % студентів запам'ятовують матеріал), який є двостороннім – одна частина студентів зображує проблему, інша її вирішує. Крім навичок медицини, студенти набувають навичок колективної роботи, навичок прийняття рішень в екстремальній ситуації, визначення ролі кожного при наданні допомоги.

Навчання з муляжами, симуляційними пацієнтами є неймовірно актуальними при вивченні теоретичного матеріалу і навичок надання невідкладної допомоги, коли у реальних умовах студент не має можливості тренуватися і права на помилку.

Отже, впровадження у навчальний процес сучасних технологій навчання є високоефективним напрямком для підготовки якісних медичних кадрів і є потребою часу, де, з одного боку, наука та доказова медицина стрімко розвиваються, з іншого – виникають ускладнення при роботі з пацієнтами, що не повинно бути перешкодою для вивчення медицини.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ АТЕСТАЦІЇ ВИПУСКНИКІВ У ФОРМАТІ ONLINE

Середюк Н.

Вакалюк І.

Деніна Р.

Барила Г.

Барила Н.

Волинський Д.

***Кафедра внутрішньої медицини №2 та
медсестринства, Івано-Франківський
національний медичний університет,
Україна***

Впровадження елементів дистанційного навчання в навчальний процес у вищій медичній школі набрало актуальності у період карантину зумовленого COVID-19. Відомо, що дистанційне навчання передбачає взаємодію викладача із студентом на відстані (його самостійну роботу

з матеріалами інформаційної мережі), організовану з використанням сучасних інтернет-технологій.

Дистанційне навчання торкнулося й проведення Державної атестації випускників Івано-Франківського національного медичного університету: медичного факультету за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Педіатрія» у дистанційному режимі і студентів факультету підготовки іноземних громадян.

Ключові слова: Державна атестація випускників, дистанційна освіта, on-line.

У 2019/2020 навчальному році Державна атестація випускників Івано-Франківського національного медичного університету (ІФНМУ) проходила у дистанційному форматі на платформі Microsoft Teams у вигляді практично-орієнтованого іспиту з елементами об'єктивно структурованого комплексного іспиту (ОСКИ), який спрямований на визначення засвоєння студентами практичних навичок та набуття знань та умінь приступити до реальної медичної практики лікаря. у зв'язку з цим деканатом медичного факультету, секретаріатом екзаменаційної комісії спільно з відділом інформаційно-аналітичного забезпечення ІФНМУ було розроблено технічні умови та алгоритм проведення іспитів для викладачів та студентів.

Для атестації з внутрішньої медицини випускною кафедрою внутрішньої медицини №2 та медсестринства з участю кафедр внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології імені Є.М. Нейка, фізіотерії і пульмонології з курсом професійних хвороб та ендокринології і інфекційних хворіб підготовлено 30 варіантів контрольних екзаменаційних завдань, в кожному з яких містилося по 10 навичок-умінь (запитань), у вигляді презентації PowerPoint чи відеоролика. Розподіл завдань для студентів здійснювався за допомогою комп'ютерної програми, що виключало вплив людського фактору. Кожний студент отримував 3 завдання із 30 питань для оцінювання засвоєних знань/умінь, в числі яких було по 10 запитань із блоків: "кардіологія", "ревматологія/ гастроентерологія/ нефрологія/ інфекційні хвороби" та "пульмонологія/ ендокринологія/ гематологія".

Студенту надавалося 10 хв для відповіді на ситуаційне завдання. Студентам пропонувалося за умовою ситуаційного завдання визначити

провідні симптоми і синдроми, оцінити результати основних лабораторних та інструментальних методів обстеження, поставити попередній діагноз, вибрати найбільш доцільну тактику лікування, заходи первинної і вторинної профілактики, а також встановити прогноз для життя та праці.

Відповіді студентів порівнювались із еталонами відповідей і оцінювались за бальною системою: 1 бал - відповіді повністю відповідають еталонам; 0,5 бала - відповіді не в повному об'ємі відповідають еталонам, однак є достатніми для професійної діяльності випускника; 0 балів - відповіді недостатні для здійснення професійної діяльності випускника.

Технічний секретаріат конвертував набрані суми балів у оцінки з допомогою спеціальної програми (Таблиця 1).

Таблиця 1

Робоча таблиця-схема конвертації критеріїв ABCDEF у оцінки 5-ти бальною системи

№ п/п	Градація балів	Категорія оцінювання	Оцінка за 5-ти бальною системою
1	181-200	A	5
2	161-180	B	4+
3	141-160	C	4-
4	121-140	D	3+
5	101-120	E	3
6	≤ 100	F	2

Висновки. 1. Державна атестація випускників у форматі on-line може бути застосований в умовах локдауну, як альтернатива традиційному випускному іспиту.

2. Метод дистанційного контролю знань та умінь потребує попередніх добре спланованих консультацій з використанням сучасного ілюстративного матеріалу, відеосюжетів, телетрансляцій (записів) з кабінетів функціональної діагностики, процедурних залів.

ФОРМУВАННЯ УМІНЬ І НАВИЧОК У БАКАЛАВРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ

Сорокман Т.

д.мед.н., професор

Бачу М.

аспірант

**ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет», Україна**

Інтеграція України в Європейський освітній простір передбачає суттєву перебудову системи підготовки медичних сестер на засадах профілактичної парадигми. Формування вмінь та знань щодо профілактики основних, найбільш поширених порушень у стані здоров'я у медичних сестер (бакалаврів, магістрів) відіграє важливу роль, зокрема щодо профілактики йододефіцитних захворювань.

Ключові слова: медичні сестри, профілактика йододефіциту.

Проблема здоров'я населення є глобальною світовою проблемою, її вирішення визначає і подальше існування людства як біологічного виду [1]. Головним пріоритетом розвинутих держав, до числа яких прагне Україна, є збереження і зміцнення здоров'я населення, забезпечення активного довголіття [2]. Актуальність проблеми впровадження концепції профілактичної (санологічної) спрямованості діяльності медичних працівників у сучасних умовах зумовлена необхідністю реформи системи охорони здоров'я України на засадах профілактичної парадигми [3]. Саме на принципах профілактичної медицини, валеології та санології мають базуватись більшість програм реформування та розвитку медичної галузі та усіх розділів прикладної медицини. з позицій профілактичної медицини особливо актуальною є донозологічна діагностика, оскільки вона є найбільш ефективною з погляду відновлення порушеного здоров'я. Виявлення ризику базується, по-перше, на порівняльній оцінці чинників навколишнього середовища з регламентованими гігієнічними вимогами, по-друге – на аналізі захворюваності. Оцінка ризику визначення впливу навколишнього середовища на здоров'я людини, аналіз і кількісну характеристику дії, яка призводить до його ушкодження. Алгоритм виявлення ризику полягає в якісній і кількісній характеристиці умов на об'єктах та/ або шкідливих речовин, що забруднюють повітря, ґрунт,

воду, рослини, а також вивченні показників здоров'я населення, особливо найбільш чутливих груп – дітей.

На сьогодні у медицині конкурують й здійснюються два підходи до курації пацієнтів: персоніфікований (індивідуальний) та популяційний (когортний). Якщо профілактичні дії скеровані на населення в цілому, то мова йде про популяційну профілактику. Сьогодні найбільш ефективним є те профілактичне втручання, яке поєднує в собі обидва описані підходи. Це дозволяє розробляти профілактичні заходи більш ефективно, залучаючи більшу кількість учасників. Важливу роль у профілактичному процесі відіграють медичні сестри. Саме вони повинні мати найбільші важелі профілактичного впливу на населення. Отже, формування вмінь та знань щодо профілактики основних, найбільш поширених порушень у стані здоров'я у медичних сестер (бакалаврів, магістрів) відіграє важливу роль. Одним із профілактичних напрямків є профілактика йододефіцитних захворювань, яка включає систему заходів, що включають цілий ряд попереджувальних заходів: лікувальних, санітарно-гігієнічних, організаційних та інших (в тому числі санітарно-освітніх). в основі цих заходів лежить масова йодна профілактика [4]. Особливо згубно дефіцит йоду позначається на розумових здібностях: індекс коефіцієнта інтелекту (IQ) у дітей, що мають йододефіцитні розлади, на 10-15 відсотків нижче, ніж у здорових однолітків [5].

Для подолання дефіциту йоду використовуються наступні методи профілактики: 1. Масова йодна профілактика – це профілактика в 188 масштабі популяції, здійснювана шляхом внесення йоду в найбільш поширені продукти харчування (сіль, хліб). 2. Групова йодна профілактика – це профілактика в масштабі певних груп підвищеного ризику по розвитку йододефіцитних захворювань: підлітки, вагітні та жінки. Здійснюється шляхом регулярного тривалого прийому препаратів, що містять фізіологічні дози йоду. 3. Індивідуальна йодна профілактика – профілактика в окремих осіб шляхом тривалого прийому препаратів, що містять фізіологічні дози йоду. Масова йодна профілактика проводиться шляхом йодування кухонної солі. у Стандарті вищої освіти (спеціальність 223 Медсестринство, 2018) до переліку компетентностей, якими має оволодіти майбутній бакалавр внесено і здатність до профілактичної діяльності медичної сестри, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я, попередження захворювань. Отже формування знань та вмінь щодо проведення

профілактичних заходів, зокрема профілактики йододефіцитних захворювань, особливо в дитячому віці, має велике значення в майбутній професійній діяльності. Вони включають знання (етіологію, поширеність, структуру, наслідки йододефіцитних захворювань) та вміння (планувати і проводити профілактику йододефіцитних станів та хвороб, організувати та проводити навчання пацієнтів та членів їхніх родин із питань йодозабезпечення та методів профілактики дефіциту йоду, проводити медико-гігієнічну пропаганду, формувати партнерство між медичною сестрою та пацієнтом на принципах адекватного інформування та свідомого ставлення до свого здоров'я).

Висновок. Формування знань та вмінь у медичної сестри в процесі підготовки до професійної діяльності включає здатність до профілактичної діяльності медичної сестри, яка спрямована на збереження і зміцнення здоров'я, попередження захворювань й інформування та навчання пацієнта та членів його родини, зокрема щодо профілактики йододефіциту.

Список використаних джерел

1. European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice (2012). *European Heart Journal*, (3), 1635-1701. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092.
2. Дячук, Д. Д. (2011). Диспансеризація населення – як один із важелів впливу на збільшення тривалості життя. Україна. *Здоров'я нації*.;(3), 55-58.
3. Вороненко Ю. В., Рудень В. В. (2007). Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Практикум : навч. посіб. для студ. вищих навч. мед. закл. I-IV рівнів акредитації за спец. “сестринська справа” освітньо-кваліфікац. рівень “молодший спеціаліст”, “лікувальна справа”, 262 “бакалавр”. В. В. Рудень (ред.). Львів: Новий Світ, ISBN 966-7827-51-8.
4. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers. (2007). 3rd ed., Geneva, World Health Organization.
5. Статистика йододефіцита и патологии щитовидной железы в Украине. Вилучено з <http://thyro.info/statistika-jododeficitsitai-patologii/>.

КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД ДО ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Сорокман Т.

д.мед.н., професор

Бачу М.

аспірант

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Україна

Введення в Україні освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю 223“Медсестринство” дало можливість зробити значний крок у реформуванні охорони здоров'я. Нині існує нагальна потреба в розробці низки питань щодо поглибленої професійно-орієнтованої науково-педагогічної і науково-дослідницької підготовки магістрів, зокрема, це стосується компетентісного підходу. Сьогодні впроваджується принципово нова компетентісна методологія організації підготовки викладачів-магістрів вищої школи.

Ключові слова: магістр сестринської справи, компетентісний підхід.

Глобалізація та інтеграція сучасного суспільства, визнання світовою спільнотою проблеми фізичного, морального і соціального здоров'я як головного показника соціально-економічної зрілості, культури й успішності держави, соціальний запит на якість медичних послуг зумовлюють особливі вимоги до професійної діяльності медичного персоналу [1, с.1]. Вища освіта все частіше розглядається як “навчання на основі компетенцій”. Аналіз наукової літератури засвідчує, що в сучасних педагогічних дослідженнях сформовано CBE-підхід (CBE– Competence-based Education – освіта заснована на компетенціях) [2, с. 640]. На його основі визначено, що компетенція – це сукупність, знань, умінь і способів діяльності, необхідних людині для продуктивного здійснення відповідної діяльності. у Законі України “Про вищу освіту” (2014 р.) [3] зазначено, що (магістерський) рівень вищої освіти відповідає сьомому кваліфікаційному рівню Національної рамки кваліфікацій і передбачає здобуття особою поглиблених теоретичних та/або практичних знань, умінь, навичок за обраною спеціальністю (чи спеціалізацією), загальних засад методології наукової та/або професійної діяльності, інших компетентностей, достатніх для ефективного виконання завдань інноваційного характеру відповідного рівня професійної діяльності. Магістр – це освітній ступінь,

що здобувається на другому рівні вищої освіти та присуджується вищим навчальним закладом у результаті успішного виконання здобувачем вищої освіти відповідної освітньої програми. Ступінь магістра здобувається за освітньо-професійною або за освітньо-науковою програмою. Введення в Україні освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю “Сестринська справа” дало можливість зробити значний крок у реформуванні охорони здоров'я шляхом підготовки професіоналів-практиків, викладачів, науковців й управлінців середньої ланки. Мета навчання медичних сестер-магістрів – якісно нова підготовка медичних сестер за медсестринською моделлю, що дозволить сформувати медичну сестру-організатора і лідера сестринської справи, викладача медичного училища, коледжу (“медсестра навчає медсестру”), сімейну медсестру. Нині існує нагальна потреба в розробці низки питань щодо поглибленої професійно-орієнтованої науково-педагогічної і науково-дослідницької підготовки магістрів. Зокрема, це стосується компетентнісного підходу, який останніми роками стає дедалі популярнішим, і з локальної педагогічної теорії поступово перетворюється на суспільно значуще явище. Згідно з визначенням Міжнародного департаменту стандартів для навчання та освіти (International Board of Standards for Training Performance and Instruction (IBSTPI) термін “компетентність” тлумачиться як спроможність кваліфіковано здійснювати діяльність, виконувати завдання або роботу [4]. При цьому поняття компетентності містить набір знань, навичок і ставлень, що надають можливості особистості ефективно здійснювати діяльність або виконувати певні функції, які підлягають досягненню стандартів у галузі професії або виду діяльності. Завданням компетентнісного підходу в професійній освіті є формування ключових (основних, базових) компетентностей у майбутнього фахівця певної галузі. у Стандарті вищої освіти визначені професійні компетентності для магістрів сестринської справи: вміння виявляти зв'язок патогенезу захворювань з клінічними проявами та результатами додаткових методів дослідження, оцінювати організацію та якість надання різних видів медичної допомоги та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, орієнтуватися у визначенні групової належності лікарських засобів, особливостях їх фармакокінетики та фармакодинаміки, використовувати теоретичні знання та практичні уміння для виконання медсестринських втручань відповідно до клінічних протоколів та стандартів медсестринської діяльності, застосовувати знання з основ діагностики, лікування і профілактики найбільш поширених хвороб

імунної системи та алергологічної патології в професійній діяльності, організувати та надавати невідкладну допомогу при різних гострих станах, організувати та надавати невідкладну допомогу в надзвичайних ситуаціях у мирний та воєнний час, оцінювати вплив небезпечних чинників щодо ризику розвитку найпоширеніших захворювань у світі, знання основних методів діагностики в клініці хвороб цивілізації, застосовувати теоретичні знання та практичні уміння з паліативної медицини та хоспісної допомоги при наданні медичної допомоги тяжкохворим та агонуючим в межах компетенції магістра-медсестринства, застосовувати теоретичні знання та практичні уміння при організації управління в медсестринських структурних підрозділах, планувати і проводити наукові дослідження, готувати результати наукових робіт до оприлюднення, застосовувати основи педагогіки і психології у навчально-виховному процесі у вищих навчальних закладах освіти, формулювати задачі моделювання, створювати моделі об'єктів і процесів у геосферах та їхніх компонентах із використанням математичних, картографічних методів і геоінформаційних технологій. Сьогодні впроваджується принципово нова компетентнісна методологія організації підготовки викладачів-магістрів вищої школи, пропонується оцінювати їх професійну компетентність порівнюючи результативність у вирішенні професійних задач. Професійна компетентність розглядається як єдність теоретичної і практичної готовності особистості до здійснення професійної діяльності.

Таким чином, професійна компетентність магістрів сестринської справи – це інтегративне багатокомпонентне явище, показник професіоналізму та майстерності медичного працівника. Сучасний навчальний процес у магістратурі має бути спрямований на формування у студентів відповідних компетенцій як інтегрованої системи професійних знань, умінь, навичок та особистісних якостей.

Список використаних джерел

1. Макодзей, Л. І. (2011). Підготовка магістрів у вищих навчальних закладах: проблеми і перспективи. *Магістр медсестринства*, 2(4): 27-31.
2. Jason, RF. (2010). Competency-Based Medikal Education Theory of Practice. *Medikal Teahter*. (32(8), 638-646.
3. Про вищу освіту (Закон України). (2001). Педагогіка і психологія професійної освіти, (1),9-51.

4. Definition and Selection of Competencies. (2001). Theoretical and Conceptual Foundations (DESECO). Strategy Paper on Key Competencies. An Overarching Frame of Reference for an Assessment and Research Program – *OECD (Draft)*. Oktober, 2001.

ELABORATION OF KNOWLEDGE ASSESSMENT METHODS OF FINAL-YEAR STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES

Voloshin A.

Associate professor

<https://orcid.org/0000-0001-7612-6521>

Osychnyuk L.

Associate professor

<https://orcid.org/0000-0002-6547-3023>

Chumak O.

Assistance lecturer

<https://orcid.org/0000-0002-3880-152X>

Rakova K.

Assistance lecturer

<https://orcid.org/0000-0002-2252-4978>

Department of Pediatrics with Childhood Infections, Luhansk State Medical University (Rubizhne), Ukraine

Presented here is the study on optimization of knowledge assessment methods of final-year students in the subject PEDIATRICS with CHILD HOOD INFECTIONS. An innovatives of tware product for system-level testing is currently being developed. The advantages and potential benefits of using the product are provided.

Keywords: students' knowledge assessment, innovatives of tware product.

Definitely, the quantity and quality of knowledge gained by students during training in higher education medical institute is a key factor for success in their future professional practice and life in general. There is no doubt that this notion can be applied to any profession. In a similar vein, the quality of mastered knowledge, practical skills, and competences directly and closely depends on

efficient assessment. In our opinion, currently applied in Ukraine methods and tools for the standardized diagnostics of the professional competence level of final-year medical students in the subject PEDIATRICS with CHILDHOOD INFECTIONS is not fairly valid and efficient. In this context, the training for the license testing examination «STEP 2» is often reduced to thoughtless and verbatim learning of correct answers from the current database. What is more, the second stage of the state proficiency examination includes the communication of graduating students with real or standardized patients. Along with this, it should be noted that the realization of this communication in both cases presents significant managerial difficulties. What should be particularly highlighted is that the communication with an ill child or standardized child patient requires the mandatory presence of one of his/her parents. This condition is another complicating factor to sort out the issue reviewed.

Our current goal consists in the development of alternative functional program for the assessment of graduating students of medical universities in the subject PEDIATRICS with CHILDHOOD INFECTIONS.

At the time being, the structure of several test assignments has been worked out and the test content has been created. Presented below, there are basic stages of the accomplished work and the decision procedures in accordance with which it has been carried out.

I. The selection of relevant clinical topics is based on the best clinical practices and gathered clinical experience.

II. Block structuring of clinical assignments. All tasks were divided into four groups:

- classic clinical case (“clinical picture ↔ diagnostics ↔ treatment”);
- emergency medical assistance;
- differential diagnostic case;
- clinical pharmacology.

III. The development of content for test assignments. In doing this, the essentials of this work were as follows:

III. 1 None but basic issues of diagnostics and commonly accepted therapeutic measures in the most widespread diseases within the scope of the subject PEDIATRICS with CHILDHOOD INFECTIONS.

III. 2 Structured multilevel approach.

III. 3 Systemic correlation of particular assignment components.

III. 4 The combination of text information with photo-, audio-, and video-content in the assignments.

III. 5 Multiple choice of correct options.

III. 6 Multicomponent combinations of correct answers.

III. 7 The differentiation of correct answers weight against the complexity of questions as part of one module.

III. 8 The practice of coherence when each subsequent step in assignment solving is determined by the result of the previous step.

III. 9 The consideration of both correct and incorrect answers.

III. 10 Direct and/or indirect methods of assignment solving.

At the present time a unique software product for the created test assignments is being developed. After that a practical evaluation of the new testing program for final-year students training is supposed to be conducted. It is important to note, that preliminary trial of several test assignments in the training of medical faculty students of 5-6th years at the department of PEDIATRICS with CHILDHOOD INFECTIONS has been performed over two last years with paper-based media. What should also be stressed upon is this trial showed inspirational results insomuch as the students highly appreciated the quality and validity of all proposed test assignments. Provided the final trial of the developed software product is successful, there are prospects to adapt it to knowledge testing of graduating students not only in PEDIATRICS with CHILDHOOD INFECTIONS, but also in other clinical subjects.

To our opinion, the following potential advantages of the new test program should be highlighted:

Systemic approach to achieve the goal.

Clear-cut structuring and hierarchism of designed assignments.

A wider spectrum of created clinical situations with photo-, audio-, and video-content as compared with those that can be diagnosed in real patients or simulated in volunteers.

The avoidance of performance-like and unnatural situations in communication with volunteers simulating any given disease.

The prevention of lawful rights violation of ill children and their parents during hospital treatment as any communication of students with real patients is excluded.

Sufficient level of objectivity in the assessment of graduating students' knowledge.

Availability of the software for examinations as well as for training.

The possibility to supplement the software product with new modules over time.

In sum, the application of the software product is supposed to make it possible to minimize or at least cut down on the mentioned above weaknesses

of the current system of knowledge assessment of final-year students of medical universities. This software product is expected to become an up-to-date effective tool for assessment of professional competency of future doctors. In the near future we intend to introduce initial test building blocks into academic activities.

ТЕХНОЛОГІЯ ПОРТФОЛІО — ВАЖЛИВА СКЛАДОВА БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ПРОВІЗОРІВ

Білан О.

старший викладач кафедри

<https://orcid.org/0000-0002-2720-6864>

Кухар О.

доцент кафедри

<https://orcid.org/0000-0002-2785-4001>

Новикова Л.

старший викладач

<https://orcid.org/0000-0001-5103-1016>

Кафедра фармацевтичного менеджменту, клінічної фармації, технології ліків, ПВНЗ «Київський медичний університет», Київ, Україна

У статті досліджується важливість використання провізорами професійного портфоліо для забезпечення їх безперервного професійного розвитку, а також висвітлюється досвід роботи авторів з використання технології портфоліо в рамках викладання дисциплін «Управління кар'єрою» та «Планування кар'єри» на фармацевтичному факультеті ПВНЗ «Київський медичний університет».

Ключові слова: професійне портфоліо; e-portfolio; безперервний професійний розвиток; управління кар'єрою; планування кар'єри

Вступ. Стрімкий інноваційний розвиток фармації, впровадження нових Стандартів фармацевтичної опіки (Pharmaceutical Care) [1] та нових видів фармацевтичних послуг, вимагає від провізорів додержуватися концепції безперервного професійного розвитку (Continuing Professional Development, CPD) — постійно підвищувати рівень професіоналізму, розвивати нові компетенції, опановувати нові ролі. Як зазначається

у Спільній настанові МФФ/ВООЗ «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг», сучасний провізор «в кожному закладі повинен нести особисту відповідальність за підтримання та оцінку власної компетенції впродовж усієї професійної кар'єри»[2]. Щоб відповідати сучасним вимогам, медичні та фармацевтичні вищі навчальні заклади (ВНЗ) мають запроваджувати ефективні технології та методи навчання, а також розробляти навчальні програми, орієнтовані на розвиток у студентів навичок навчання протягом усього життя (Life Long Learning, LLL).

Результати дослідження. Як засвідчує досвід розвинутих країн, одним з найбільш дієвих інструментів CPD є професійне портфоліо. Наприклад, національними стандартами Good Medical Practice (Великобританія) від кожного медичного працівника вимагається надавати детальну інформацію щодо своєї кваліфікації та досвіду роботи у вигляді електронного портфоліо (electronic portfolio, e-portfolio). Докази професійної компетентності лікаря та фармацевта мають постійно оновлюватися та доповнюватися, а головне — перебувати у вільному доступі. Докладне професійне e-portfolio наочно демонструє розвиток медичного/фармацевтичного працівника як практика та як науковця, а отже, допомагає пацієнтам і роботодавцям приймати усвідомлені рішення щодо вибору спеціаліста.

Розуміючи важливість портфоліо для професійної кар'єри фармацевта, медичні університети та фармацевтичні школи у провідних країнах світу почали використовувати його під час навчання студентів старших курсів та слухачів-інтернів. Зараз цей інструмент розвитку вже включається до переліку обов'язкових вимог до ВНЗ. Так, Стандартами Акредитаційної ради з фармацевтичної освіти США (Accreditation Council for Pharmacy Education, ACPE) визначено, що медичні та фармацевтичні ВНЗ зобов'язані розвивати у студентів такі компетенції, як «вирішення проблем», «навчання різних аудиторій», «захист інтересів пацієнтів», «міжпрофесійне співробітництво», «чутливість до культурних особливостей», «вміння здійснювати комунікації», «лідерство», «інновації», «підприємництво» та «професіоналізм» [3], причому кращим методом оцінки цих компетенцій експерти ACPE вважають саме портфоліо.

У вітчизняній педагогічній літературі термін «портфоліо» визначається як збірка документів і наукових праць, які надають уявлення про рівень освіти та кваліфікації, наявні знання та уміння, набутий досвід та досягнення спеціаліста, а також демонструють прикладені ним зусилля та прогрес в певній галузі. з точки зору методики викладання технологія портфоліо —

це один з різновидів «автентичного оцінювання» (authentic assessment), який застосовується у практико-орієнтованому навчанні, а саме, під час виконання практичних та лабораторних робіт, проходження практик та стажування на робочому місці (тобто, в ситуаціях, максимально наближених до життя).

Найчастіше провідні медичні університети та фармацевтичні школи використовують наступні типи портфоліо:

а) індивідуальні: «рефлексивне» (в ньому зібрані докази успішності навчання та особисті роздуми студента); «демонстраційне» (представлена найкраще виконана робота, обрана самим студентом); «професійне» (документує досягнення цілей навчання в рамках навчальної програми); «портфоліо допомоги пацієнтам» (фіксує досвід роботи студента з пацієнтами під час проходження практики або стажування);

б) групові: «портфоліо групи» (поєднує опис групових дій, а також оцінки здібностей студентів до спільної роботи над груповим завданням та їх комунікативних навичок).

Розробка професійного портфоліо (professional portfolio) допомагає студентам розвивати навички працевлаштування (employ ability skills) та самооцінювання, формулювати свої кар'єрні цілі та планувати кар'єрне просування. Не менш важливо, що професійне портфоліо підтримує мотивацію до навчання, оскільки відображає не лише академічні успіхи, але й особистісний та професійний зріст, успіхи в різних позанавчальних видах діяльності. Позаяк портфоліо спрямоване не лише в минуле (відображає досягнуті успіхи), а й у майбутнє (включає план подальшого професійного розвитку — professional development plan), воно привчає майбутніх спеціалістів відповідальному ставленню до власного професійного розвитку та орієнтує на навчання впродовж усього життя.

Professional portfolio — відносно нова технологія для вітчизняних ВНЗ, тому здебільшого вона використовується в тих закладах освіти, де є Центри працевлаштування студентів. На основі портфоліо молодий спеціаліст може скласти своє перше Хоча багатьом випускникам важко заповнити головний пункт резюме (досвід роботи), відображені у портфоліо досягнення та вміння дозволяють роботодавцю об'єктивно оцінити потенціал кандидата та прийняти стосовно нього позитивне кадрове рішення.

Професійне портфоліо студента включає як обов'язкові, так і додаткові елементи, головними з котрих є підтвердження результатів навчання,

свідчення наявності певних професійних знань і навичок, а також досвіду роботи та особистих досягнень. Критерії оцінки ефективності портфоліо:

- повнота та змістовність (наявність усіх необхідних документів);
- репрезентативність (відповідність документів поставленим цілям);
- організованість і структурованість (всі документи впорядковані, є файл «Перелік документів»);
- вибірковість (представлені лише найкращі зразки робіт).

Портфоліо може бути подано як в паперовій, так і в електронній формі (e-portfolio). Головні переваги e-portfolio:

- можливість додавати тексти, зображення, мультимедіа (аудіо-та відео-файли), записи в блогах і гіперпосилання, які демонструють навички, здібності та професійні досягнення студента;
- можливість зберігати великі обсяги інформації та оперативне оновлення контенту;
- доступність для широкої аудиторії (роботодавці, пацієнти і т. п.);
- гнучкість (можливість використання для працевлаштування, отримання ліцензії, підтвердження кваліфікації, професійного розвитку і т. ін.).

Професійне портфоліо знадобиться випускникам ВНЗ не лише під час першого працевлаштування, а й протягом усієї професійної кар'єри, бо воно може бути адаптованим до вимог конкретної вакансії або до очікувань певного роботодавця.

В рамках впровадження у вищу фармацевтичну освіту в Україні концепцій CPD і LLL, ПВНЗ «Київський медичний університет» (КМУ) постійно удосконалює освітню професійну програму 226 «Фармація, промислова фармація». Так, викладачами фармацевтичного факультету розроблені та викладаються нові дисципліни: «Управління кар'єрою» для студентів 1 курсу; «Планування кар'єри» та «Соціальна взаємодія: провізор-лікар-пацієнт» для студентів 4 курсу; «Провізор в ролі медичного/фармацевтичного представника» — як варіант розвитку кар'єрного шляху для студентів-випускників. Зазначені дисципліни інтегровані між собою та мають спільну назву «Розвиток кар'єри», оскільки всі вони допомагають студентам обміркувати своє майбутнє та професійний розвиток, оцінити власні досягнення під час навчання в КМУ, скласти професійне електронне портфоліо (professional e-portfolio) та підготуватися до самостійного працевлаштування. Важливість розробки професійного e-portfolio для розбудови кар'єри є наскрізною темою у всіх інтегрованих дисциплінах.

Надаючи студентам завдання підготовки власного professional e-portfolio, ми ставимо перед ними наступні цілі:

— усвідомити, що професійний розвиток є безперервним процесом впродовж усього життя, тому необхідно постійно збирати та впорядковувати докази підвищення рівня своєї кваліфікації та професійного зростання;

— сформуванати навички аналізу власної діяльності, самоорганізації, самоконтролю, адекватної самооцінки, а також конструктивної самомотивації;

— проаналізувати та задокументувати власний професійний зріст за період навчання в КМУ;

— підготуватися до співбесіди з потенційним роботодавцем.

На початку роботи з портфоліо студенти отримують загальні рекомендації щодо підбору необхідних матеріалів, до переліку яких ми включаємо: резюме, автобіографію, результати навчання (академічні оцінки, теми курсових і дипломних робіт); професійну кваліфікацію (оцінка знань, умінь і навичок, перелік фахових компетенцій, дипломи, ліцензії та сертифікати); практичний досвід (звіти про проходження виробничих практик та стажувань, відомості щодо роботи — постійної, тимчасової, за контрактом, з частковою зайнятістю, волонтерської діяльності і т. п.); науково-дослідну діяльність (звіти про участь у дослідницьких проектах, опубліковані статті, тези, презентації виступів на профільних конференціях і т. п.); рекомендаційні листи, характеристики, рецензії; додаткову освіту (фахові сертифікати — IT, рівень володіння іноземною мовою, ліцензія водія, дипломи та сертифікати з позаакадемічної освіти, e-learning modules і т. ін.); результати тестування; свідоцтва визнання (нагороди, дипломи, грамоти, відзнаки переможця конкурсу/змагання, членство в професійних асоціаціях). Крім цих документів, студенти мають навести докази особистісного розвитку (наприклад, участь у громадській діяльності та студентському самоврядуванні, спортивні досягнення і т. ін.), а також сформульовані професійні та кар'єрні цілі.

Оскільки надмірна регламентація стримує властиві студентам креативність і нестандартність мислення, ми не обмежуємо їх у виборі додаткових матеріалів, а також способу оформлення та презентації портфоліо.

Щоб мотивувати студентів до роботи з портфоліо, ми пропонуємо їм виконати ряд практичних завдань, використовуючи зібрані матеріали. Наприклад: підготувати резюме або відеорезюме та коротку самопрезентацію (розповідь про себе) за наведеною схемою; створити

власний профіль у діловій соціальній мережі LinkedIn; виразити своє креативне «я» — створити нестандартне портфоліо/сайт-портфоліо/резюме (за бажанням) і т. д. За нашими спостереженнями, студенти дуже позитивно ставляться до подібних завдань, позаяк сприймають портфоліо як спосіб позиціонування себе як фахівця на ринку праці, можливість прорекламувати себе перед абітурієнтами, студентами, викладачами та роботодавцями.

Зважаючи на важливість питання працевлаштування для кожного молодого спеціаліста, ми рекомендуємо студентам якомога раніше (вже з 1 курсу навчання) починати збирати необхідні докази свого професійного та академічного прогресу, постійно переглядати та оновлювати власне портфоліо.

Висновки. Розробка professional e-portfolio допомагає:

Студентам:

— усвідомити власний стиль навчання, мотиви, професійні інтереси та особистості свого інтелекту;

— визначити напрямки подальшого професійного розвитку, встановити кар'єрні цілі та розробити план подальшого професійного розвитку;

— продемонструвати власні уміння та навички в отриманій спеціальності, досягнення в навчанні та набутий досвід;

— підготуватися до працевлаштування, висвітлити свої унікальні переваги як кращого кандидата на вакантне робоче місце;

— більш серйозно ставитися до навчання.

Викладачам: більш детально оцінювати академічні досягнення кожного зі студентів та прикладені ними зусилля.

Роботодавцям: об'єктивно оцінювати здатність і готовність студентів до професійної діяльності, їх потенціал до подальшого розвитку, а отже, найняти кращих.

Завчасно підготоване, змістовне та добре структуроване професійне e-portfolio стане для випускників КМУ запорукою успішного працевлаштування та старту успішної кар'єри.

Список використаних джерел

1. Kraidashenko, O. V., Svyntozelskyi, O. O. (2017). Vykorystannia likarskykh zasobiv — farmatsevtychna opika. Navchalno-metodychnyi posibnyk dlia studentiv 5 kursu farmatsevtychnoho fakultetu spetsialnosti «Farmatsiia». ZDMU, Zaporizhzhia, Ukraine.

2. Nalezhna aptechna praktyka: Standarty yakosti aptechnykh posluh (Spilna nastanova MFF/VOOZ z NAP). (2011). Retrieved from https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_009.

3. Guidance for the accreditation standards and key elements for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree. (2015). Accreditation Council for Pharmacy Education. Retrieved from <https://www.isu.edu/media/libraries/pharmacy/facultystaff/documents/accreditation/GuidanceforStandards2016FINAL.pdf>

УПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І ЗМІНА МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЬ

Видиборець С.

професор, завідувач кафедри

Національна медична академія

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

<https://orcid.org/0000-0003-0546-4325>

Пісоцька Л.

*доцент, доцент кафедри внутрішньої
медицини 3*

**Державний заклад «Дніпропетровська
медична академія МОЗ України»**

Попович Ю.

*доцент, доцент кафедри госпітальної
терапії*

**Ужгородський національний
університет, Україна**

В теперішній час післядипломне навчання лікарів зазнає суттєвих змін у всьому світі. Це обумовлено впровадженням новітніх технологій в педагогічний процес, зокрема, елементів дистанційного навчання, поширенням індивідуалізованих форм навчання із застосуванням комп'ютерів та використанням мережі Інтернет, електронних комп'ютерних підручників, віртуальних тренажерів, безупинним ростом інформації, підвищенням вимог до підготовки фахівця в світлі вимог викладених у концепції безперервного професійного розвитку лікаря. Представлена інформація про роль семінарських занять у системі

медичної післядипломної освіти і важливість дистанційного контролю базових знань.

Ключові слова: післядипломна освіта, семінар, методологія.

Вступ. Наразі післядипломне навчання лікарів зазнає суттєвих змін [1-4]. Це обумовлено впровадженням новітніх технологій в педагогічний процес, зокрема, елементів дистанційного навчання, поширенням індивідуалізованих форм навчання із застосуванням комп'ютерів та використанням мережі Інтернет, електронних комп'ютерних підручників, віртуальних тренажерів, безупинним ростом інформації, підвищенням вимог до підготовки фахівця в світлі вимог викладених у концепції безперервного професійного розвитку лікаря. Однак медична освіта за інтенсивністю використання інформаційного інструментарію помітно відстає від інших освітянських напрямків, що, очевидно, обумовлено складнощами як формалізації компонентів викладання, так і консервативністю медичної освіти та недостатнім рівнем володіння інформаційними технологіями викладачами. Кінцевою метою навчання лікаря є формування фахівця такого рівня, який зможе самостійно і кваліфіковано виконувати свої професійні обов'язки. Для успішного вирішення означеної мети повинна бути потужна, добре обладнана та оснащена сучасною діагностичною та лікувальною апаратурою навчальна та лікувальна бази, наявність висококваліфікованого професорсько-викладацького складу.

Мета роботи – систематизувати та узагальнити дані щодо ролі семінарських занять в системі медичної освіти, продемонструвати необхідність зміни методологічних підходів до їх проведення в сучасних умовах.

Основна частина. у навчальні плани додипломного і післядипломного навчання лікаря входить певна кількість семінарських занять. Організації та якості їх проведення слід приділяти значну увагу, оскільки саме семінарські заняття значно підвищують мотивацію до навчання. Необхідно завчасно інформувати слухачів про мету семінарського заняття, план та умови його проведення, перелік рекомендованої літератури для самостійного вивчення. Семінари за змістом розподіляють на інформаційні, дослідницькі та контрольні. На семінарах лікарі можуть здійснювати поглиблене вивчення певного

курсу, розділу, теми, причому, семінар за тематикою інформаційно може бути не пов'язаним з лекцією. За формою проведення семінари можуть бути: семінар-конференція, семінар-дискусія, семінар-колоквіум, семінар з клінічного розбору хворого, семінар-екскурсія, семінар з обговорення попередньо підготованих слухачами рефератів, семінар з обговорення контрольних робіт. При складанні плану кожного семінарського заняття визначають його основну мету, структуру, зміст, методи, форми та прийоми заохочення слухачів до активної дискусії. Логічним завершенням семінару повинно бути підведення підсумків, оцінювання участі кожного слухача при його проведенні та формулювання загальних висновків із кола питань, що обговорювались.

Внаслідок специфіки організації, постановки мети і завдань, семінар є одним із тих надійних видів занять, що підвищують мотивацію до навчання у лікарів і сприяють активному опануванню слухачами конкретної теми, розділу та курсу навчальної програми. Особливого значення означене набуває в умовах впровадження в педагогічний процес нових інформаційних технологій та зміні педагогічних і психологічних аспектів медичної освіти.

Семінарські заняття мають особливе значення і для формування клінічного мислення у лікарів. Під клінічним мисленням розуміють творчий процес діяльності лікаря із накопичення, обробки та тлумачення інформації про пацієнта, що за кульмінаційний момент має прийняття відповідального рішення щодо обстеження, проведення діагностики та диференційної діагностики, складання плану лікування, реабілітації, первинної та вторинної профілактики хвороби. Формування клінічного мислення є найскладнішим і найвідповідальнішим завданням професійної підготовки лікарів. Серед усіх різновидів семінарів при цьому важливе місце посідають семінари з клінічного розбору хворих. Насамперед, саме семінарські заняття дозволяють максимально контролювати ступінь засвоєння прийомів та методів обстеження хворих, опанування діагностичних та диференційно-діагностичних технологій, схем та стандартів лікування тощо. Контроль є вкрай важливою складовою частиною навчального процесу. За правильного його застосування при проведенні семінарських занять, він може суттєво сприяти досягненню їх остаточних результатів – формування клінічного мислення та становлення особистості лікаря. Клінічне мислення

в процесі діагностично-лікувальної роботи лікаря поділяють на п'ять основних етапів. Насамперед, це збирання інформації щодо стану органів і їх систем у пацієнта. Його повнота залежить від досвіду та набутих знань при попередньому навчанні лікаря. Наступним етапом є оцінка стану органів і їх систем у пацієнта, що залежить від обсягу і повноти зібраної інформації, здатності лікаря абстрактно мислити, виділяти основні синдроми тощо. Третім етапом є складання уяви про етіологію, патогенез окремих змін у органах та системах, здатність правильно оцінювати їхній взаємозв'язок та взаємозалежність, що дозволяє правильно оцінити фазу патологічного процесу, його перебіг. Четвертий етап полягає у діагностиці нозологічної форми, визначенні варіанту перебігу та призначенні лікування. П'ятий етап – перевірка правильності встановлення діагнозу, що досягається за допомогою ретельного самоаналізу проведеної диференційної діагностики та консультацій із колегами або лікарями-консультантами.

Важливою передумовою успішного формування клінічного мислення є глибокі базові знання лікарів. Їх контролюють на семінарських заняттях з допомогою визначення базового рівня знань, що дозволяє формувати групи слухачів відповідно до ступеня початкових знань і вносити корективи до мети та постановки завдань при плануванні проведення семінарів. Контроль знань може здійснюватися у дистанційному режимі.

Список використаних джерел

1. Aronson, L. (2011). Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education. *Medical Teacher*; 33(3), 200-205.
2. Cook, D. A. (2007). Quality of reporting of experimental studies in medical education: A systematic review. *Med. Educ.* (41), 737-745.
3. Cook, D. A. (2008) Description, justification, and clarification: A framework for classifying the purposes of research in medical education. *Med. Educ.* (42), 128-133.
4. Gibbs, T., Durning, S. & Artino, A. R. (2011). Theories in medical education: Towards creating a union between educational practice and research traditions. *Medical Teacher*. 33(3), 183-187.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАННІ ЛІКАРІВ ІНТЕРНІВ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Герцен Г.

Мовчан О.

Процик А.

Дибкалюк С.

Білоножкін Г.

***Кафедра ортопедії і травматології №1,
Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
м.Київ***

У статті наведено принципи реформування навчального процесу з урахуванням місця новітніх інноваційних технологій. Висвітлені актуальні питання післядипломної освіти лікарів-інтернів ортопедів-травматологів в теперішніх умовах.

У статті підіймаються питання особливостей навчання лікарів інтернів на базах заочного стажування кафедри.

Ключові слова: професійний розвиток, інноваційні технології, навчання, лікарі інтерни, ортопед-травматологи, реформування.

Вступ: в теперішній час комп'ютерних технологій, науково-технічного процесу, впровадження інтерактивних методів навчання та необхідності наближення їх до європейських стандартів, становить багато завдань при реформуванні медичної освіти в Україні [1; 2; 3].

На кафедрі Ортопедії і травматології №1 НМАПО імені П. Л. Шупика ведення учбових занять проводиться з використанням новітніх технологій комп'ютерної техніки, електронних засобів спілкування та дистанційних форм навчання.

Необхідність реформування медичної галузі в нових умовах потребує підвищення рівня професійної підготовки лікарів-інтернів. Реалізація освітніх програм з вимогами реформування медичної галузі України передбачає впровадження в учбовий процес новітніх електронних засобів спілкування з лікарями інтернами. Перед викладачами кафедр стоїть багато завдань, зокрема: виховання лідерських якостей у молодих лікарів, здатності приймати виваженні рішення в екстремальних умовах, відстоювати свою думку по темі клінічних розборів хворих.

Мета дослідження: Впровадження новітніх інноваційних методик навчання з цілю більш повного засвоєння учбового матеріалу занять. Поглиблення знань на професійному рівні з використання сучасних технологій навчального процесу.

Матеріали і методи: Лікарі інтерни на початку занять та впродовж всього періоду навчання користуються комп'ютерами підвищуючи теоретичні знання через систему ELEX, та контролю знань підготовку до державного ліцензійного іспиту КРОК 3. тематичний матеріал занять подається з використанням мультимедійних технологій з 3D візуалізацією і дистанційним проведенням занять. Підручники, лекційний матеріал представлено державною мовою. Використовуються муляжі, фантоми та учбове відео. Практичні заняття включають роботу в операційній, травм пункті, перев'язувальній, гіпсувальній і чергуванні по швидкій допомозі. Лікарі інтерни мають змогу відвідувати медичні бібліотеки та мають час для самостійної підготовки.

У перші дні перебування на кафедрі проводиться перевірка рубіжних теоретичних знань та практичних навичок. На кафедрі навчальний процес включає лекційний курс, семінарські та практичні заняття, розв'язання ситуаційних задач. При виконання оперативних втручань співробітниками кафедр, інтерни як правило приймають в них участь. На базах кафедри за кожним лікарем-інтерном закріплені палати, в яких вони здійснюють курацію хворих. Кафедра має змогу широкого залучення молодих фахівців до лікувальної роботи. Однією з умов навчального процесу є впровадження нової технології підготовки лікарів ортопедів-травматологів яка полягає у впровадженні комунікативних технологій, 3D візуалізації операційних доступів з просторовою орієнтацією.

Лекційний матеріал подається з використанням мультимедійного супроводу, рентгенограм таблиць, слайдів та фотографій.

Головна аудиторія обладнана дистанційною відео системою, яка дає змогу слідкувати за ходом операційних втручань, які на цей момент виконуються в операційній. у відділеннях під контролем лікарів ведуть поточну документацію, займаються курацією хворих. На клінічних розборах кафедри та перед операціями в навчальному класі знайомляться з літературою. Обов'язковою є самопідготовка, яка відведена для написання не менше двох рефератів, які публічно обговорюються під час проведення семінарських занять. Лікарі інтерни відвідують конференції, наукові семінари, приймають участь в інших зібраннях. Заняття також проводяться в Державній Установі інституті

травматології і ортопедії Національної академії наук України, де опановують ся знання з підліткової та дитячої ортопедії. Під час очної частини навчання, ведеться підготовка на імітаційному обладнанні, яке включає роботу з інструментами для остеосинтезу і використанні його на муляжах. Проводиться відпрацювання техніки корінцевих блокад, внутрішньо суглобових ін'єкцій і таке інше.

На теоретичних заняттях моделюються клінічні ситуації з використанням рентген обстежень, результатів КТ та МРТ. Лікарі інтерни приймають участь у розв'язанні ситуаційних задач. Впровадження у навчальний процес мультимедійних матеріалів та комунікативних систем дозволяє поглибити знання. Створено WI-FI простір, який надає інтернам можливість скористатись електронною бібліотекою, ознайомитись з відповідними статтями з ортопедії і травматології. Проведення занять передбачає збільшення годин навчання у практичній площині. Куратор лікарів інтернів під час перебування лікарів інтернів на заочних базах стажування, має змогу в режимі online і підтримувати зв'язок через мережу Skype. Згідно графіка викладачі кафедри відвідують заочні бази стажування лікарів інтернів, про що складаються відповідні протоколи. Таким чином в нових умовах реформування системи охорони здоров'я вказані особливості ведення учбового процесу, сприяють зростання рівня теоретичної та практичних рівнів знань.

Висновки: Новий зв'язок теорії і практики з використанням електронних комунікативних систем, мультимедіа матеріалів та інших технологій навчання у після дипломній підготовці лікарів ортопедів-травматологів сприяє підвищенню рівня підготовки, покращує мотивацію до навчання. Впроваджені на кафедрі освітні технології дозволяють краще засвоїти хірургічні методики лікування та надання кваліфікованої допомоги хворим. По закінченню інтернатури лікарі інтерни є достатньо підготовленими до самостійної роботи в закладах охорони здоров'я України.

Список використаних джерел

1. Герцен, Г. І., Мовчан, О. С., Процик, А. І., Дибкалюк, С. В., Білоножкін, Г. Г., (2016). р. Шляхи поліпшення навчання лікарів-інтернів ортопедів травматологів. *Збірник наукових праць науково-практичної конференції з міжнародною участю «Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи»*, 3-4 березня, 2016. Київ, Україна

2. Мовчан, О. С., Герасимюк, Б. С. (2016). Визначення комплексу порушень інсерційного апарату ахілового сухожилля у хворих з запятковим ахілобурситом травматичного ґенезу за допомогою ультразвукових методів дослідження. *XVII з'їзд ортопедів-травматологів України*. 5-7 жовтня, 2016, Київ, Україна.

3. Hammond, A. L., (2016). 14.12. A Review of the Open Educational Resources (OER) Movement Achievements Challengdes and New Opprtuties. *Mode of acces*. 14., Desember, 2016.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ДИСТАНЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ПРОВІЗОРІВ-ІНТЕРНІВ

Гриньків Я.

канд.фарм.наук, доцент

<https://orcid.org/0000-0002-6977-6136>

Заліська О.

доктор фарм. наук, професор

<https://orcid.org/0000-0003-1845-7909>

Блавацька О.

канд.фарм.наук, доцент

<https://orcid.org/0000-0002-6291-7602>

**Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького,
Україна**

Сучасна фармацевтична освіта вимагає модернізації навчального процесу у системі безперервного післядипломного етапу з використанням сучасних комп'ютерних технологій. Для провізорів-інтернів дистанційне навчання надає такі можливості та переваги: доступ до комп'ютера; час, коли провізор-інтерни може виконувати завдання; тривалість навчання; віртуальний курс лекцій дозволяє скоротити або подовжити час навчання; самостійність у виборі предметів для навчання, у найбільш зручній час; місце навчання незалежно від проживання (важлива наявність підключення до інтернету).

Ключові слова: провізори-інтерни, навчальні дисципліни, дистанційна освіта.

Кафедра організації економіки фармації, технології ліків та фармакоекономіки факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького понад 40 років успішно працює в системі післядипломної освіти, проводить передатестаційні цикли, очну інтернатуру та цикли спеціалізації і тематичного вдосконалення у 8 областях Західного регіону нашої країни.

Методом індивідуального анкетування, на основі опрацьованої нами анкети, досліджено можливості дистанційного навчання провізорів-інтернів на післядипломному етапі. Нами з'ясовано перспективні тематики для вивчення в умовах реформування охорони здоров'я України. Опрацьована нами анкета включала паспортну частину: вік, форма навчання провізора-інтерна, попереднє місце праці; а також спеціальну частину щодо досліджуваних блоків питань. Проведено анкетування 128 провізорів-інтернів очної (72 особи) та заочної (56 осіб) форм навчання. Заповнення анкет проводилось кожним провізором-інтерном індивідуально, без консультацій між ними, тож його можна вважати незалежним.

Нами було представлено на вибір перелік тем для дистанційного навчання. Провізори-інтерни могли обирати декілька тем, які на їхню думку є найбільш цікавими та актуальними. Теми, які є найбільш цікавими для провізорів-інтернів очної та заочної форм навчання це: Нові препарати, зареєстровані в Україні, Раціональне застосування лікарських засобів, Фармацевтична опіка та допомога, Фармацевтична косметологія та Фармацевтичне законодавство. До решти запропонованих тематик провізори-інтерни виявили менший інтерес. На нашу думку, теми, які стосуються реформування охорони здоров'я, запровадження оцінки медичних технологій ще мало вивчаються на додипломному етапі, тому закономірно отримали нижчий рейтинг інтересу. Проте тематика фармакоекономіки, оцінки медичних технологій систематично з 2009 року включені в тематику ПАЦ, ТУ та в навчання провізорів-інтернів. Розроблена програма безперервної освіти з фармакоекономіки (автори: Заліська О. М., Слабий М. В., Парновський Б. Л., Мудрак І. Г., 2009р.), а також відповідні методичні рекомендації. Кафедра Організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоекономіки ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького маж більш як 10 річний досвід підготовки провізорів-інтернів з питань фармакоекономіки, оцінки медичних технологій та реімбурсації ліків.

Висновки. Встановлено, що більше 80% провізорів-інтернів готові самостійно дистанційно вивчати цікаві для них теми на фармацевтичну тематику, зокрема: Нові препарати, зареєстровані в Україні, Раціональне застосування лікарських засобів, Фармацевтична опіка та допомога, Фармацевтична косметологія та Фармацевтичне законодавство.

КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ І ЇЇ МІСЦЕ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Мулярчук О.

аспірантка кафедри

Андріяка А.

аспірант кафедри

Борисенко Д.

аспірант кафедри

Видиборець С.

професор, завідувач кафедри,

Кафедра гематології і трансфузіології,

Національна медична академія

післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

МОЗ України, Україна

<https://orcid.org/0000-0003-0546-4325>

Представлена інформація про значення клінічної лекції в системі медичної післядипломної освіти лікарів.

Ключові слова: *післядипломна освіта, клінічна лекція, методологія.*

ВСТУП. Досягнення сучасної медичної науки ставлять перед освітою цілу низку проблем, серед яких є збільшення кількості інформації, якою повинен оволодіти майбутній спеціаліст, чи лікар, який проходить післядипломне навчання [1; 5; 7]. Без підвищення рівня фундаментальної підготовки наразі неможливо досягти головної мети перебудови медичної освіти – істотного покращання якості підготовки спеціалістів-медиків. Рівень викладання навчального матеріалу має забезпечити опанування лікарями великого за обсягом інформації матеріалу за одиницю часу та її використання в процесі як навчання, так і в подальшій практичній діяльності [2; 3].

Чільне місце у теоретичній підготовці лікарів, як на додипломному так і післядипломному етапі, посідає клінічна лекція [2; 4]. Нові тенденції, що намітились в реформуванні системи додипломної і післядипломної підготовки лікарів, обумовлюють необхідність впровадження в навчальний процес нових форм і методів навчання, які мають сприяти його інтенсифікації, стимулювати розумову діяльність лікарів-слухачів. Сучасна лекція покликана озброїти слухачів знаннями методологічних основ даної клінічної дисципліни, ознайомити їх з основними етапами становлення і розвитку теоретичних концепцій, і, нарешті, тільки на лекції лікар-слухач може сформулювати чітке уявлення про сучасний стан тієї чи іншої проблеми. з огляду на надзвичайно високий темп розвитку сучасної медичної науки, ні один із самих сучасних підручників, посібників чи монографія, аналогічного завдання вирішити не зможуть. Не зможуть замінити клінічну лекцію навіть найкращим методологічним чином організовані семінарські чи практичні заняття.

МЕТА РОБОТИ. Систематизувати та узагальнити дані щодо ролі клінічної лекції в системі медичної освіти, продемонструвати необхідність зміни методологічних підходів до її проведення в сучасних умовах.

ОСНОВНА ЧАСТИНА. Однією із основних форм організації систематичних навчальних занять при викладанні як клінічних, так і теоретичних дисциплін у вищих медичних навчальних закладах (ВМНЗ) післядипломної освіти є лекція, як носій необхідної інформації з того чи іншого розділу відповідної дисципліни. Крім того, лекція є незамінною для систематизації та структурування всього обсягу знань, отриманих слухачами з кожної конкретної навчальної дисципліни [2; 4; 6].

Залежно від мети та форми або методів викладу навчального матеріалу лекції поділяються на вступні, навчальні, інформаційні, оглядові, проблемні, відкриті, підсумкові, комплексні, клінічні тощо.

Основною дидактичною метою лекції є забезпечення орієнтовної основи для засвоєння слухачами навчального матеріалу. Доцільно відмітити, що наявність певної частини самостійної роботи слухачів на сьогодні є вимогою до організації навчального процесу у вищій школі.

Кожна лекція виконує ряд функцій: інформаційну, стимулюючу, виховну, розвиваючу, методологічну, пояснювальну та сприяє активізації процесу мислення і уваги слухачів; створює умови для самостійного

вивчення навчального матеріалу за підручниками, посібниками, керівництвами; формує мотивацію для роботи в пошукових мережах INTERNET.

Лекція повинна мати відповідну структуру і містити такі елементи як: вступ, у якому формулюється мотивація навчання, мета лекції та основні питання даної теми; виклад основного матеріалу; висновки, які надають можливість систематизувати навчальний матеріал і виділити основну ідею; відповіді на запитання слухачів та рекомендації щодо поглиблення самостійного вивчення теми [2-4].

Вузловими критеріями оцінки лекції є: зміст, методика, керівництво роботою слухачів, лекторські дані та результативність лекції.

При підготовці до лекції лектору необхідно чітко визначити цілі і задачі лекції, дати назву у відповідності з навчальним планом і програмою предмета чи курсу, скласти план лекції, а потім конспект з рекомендованим переліком літератури і необхідних цифрових даних, підготувати відповідні ілюстративні матеріали тощо [4].

При читанні лекції викладач зобов'язаний дотримуватись зовнішнього і внутрішнього регламенту занять (початок, кінець, розділи лекції), чіткої структури та виконання плану лекції, доступності та пояснення нових термінів і понять, виділення головних думок і висновків, підведення підсумків в кінці окремих питань та по всій лекції, використовувати технічні засоби навчання і ін.

До читання кожного виду лекції необхідно підходити індивідуально, з творчою наснагою, оскільки лекції суттєво відрізняються між собою за метою, змістом та інформацією (вступна, тематична, оглядова, інформаційна, проблемна, підсумкова тощо).

Особливе місце серед різновидів лекцій займає клінічна лекція. Особливістю даного різновиду лекцій є її структура. Проведення її потребує певної організації як навчального, так і лікувального процесу. Асистент лектора напередодні вивчає історії хвороб пацієнтів у базовому відділенні, вибирає, на його погляд, історію із класичним перебігом хвороби і готує коротку презентацію з даного клінічного випадку. Зі згоди пацієнта можлива його демонстрація під час доповіді (інформована згода, оформлена відповідним чином). Звертають увагу на патогномонічні прояви хвороби, за участю лектора проводять огляд хворого, акцентуючи увагу на певних симптомах. Аналізують дані лабораторних,

інструментальних і спеціальних досліджень. Завершують презентацію формулюванням діагнозу згідно сучасної класифікації захворювань. Дана частина лекції не має перевищувати 15 хвилин. Далі лектор переходить до викладення етіології, патогенезу, клініки, класифікації, діагностики та лікування захворювання. Звертають особливу увагу на особливі клінічні варіанти його перебігу. Під час проведення клінічної лекції можливе інтерактивне опитування слухачів.

В лекційній практиці також описується ситуація під назвою «круглий стіл». в цьому випадку два або більше лектори розглядають одну загальну тему в одній аудиторії. Викладачі повинні і вести бесіду зі слухачами, і відповідати на їх питання. Вважається, що такий вид лекції максимально демократизує взаємовідносини лекторів та слухачів при обговоренні будь-якої проблеми.

ВИСНОВКИ. у структурі всіх лекцій, мають переважати лекції проблемного характеру, комплексні та клінічні лекції. Сучасна лекція має бути добре ілюстрованою, вона не повинна мати описовий характер. Для більшої інформативності мають використовуватися слайди, навчальні фільми, відеотехніка, а клінічні лекції повинні ілюструватися клінічними розборами і демонструванням тематичних хворих. Однак широке впровадження та використання технічних засобів навчання у навчальний процес не повинно замінювати живе слово педагога, применшувати значення особистості викладача-лектора. Сучасна підготовка висококваліфікованих лікарів передбачає оволодіння ними фундаментальними теоретичними знаннями, а також практичними вміннями та навичками. Професіоналізм викладача вищого начального медичного закладу, без сумніву, включає володіння предметом викладання та уміннями і навичками, що базуються на практичному досвіді. Саме професіоналізм лектора, як фахівця і як педагога, є запорукою забезпечення підготовки висококваліфікованого та всебічно освіченого лікаря. Звичайно, з впровадженням дистанційного навчання, суттєво зміниться методологія проведення занять із слухачами, але живе слово лектора завжди буде залишатися запорукою розвитку клінічного та наукового мислення у слухачів.

Отже, лекція є незамінним елементом у функції систематизації і структурі всього масиву знань з будь-якої дисципліни та служить головною ланкою дидактичного циклу навчання.

Список використаних джерел

1. Вороненко, Ю. В., Бойченко, Т. Є. (2004). Стратегії і методи навчання в післядипломній медичній освіті: навчально-методичний посібник. Київ: Вересень.
2. Вороненко, Ю. В., Мінцер, О. П., Краснов, В. В. (2009). Електронні навчальні посібники для відображення медичних процедурних знань: принципи, етапи створення, методологія. Київ. Б.в.
3. Вороненко, Ю. В., Бойко, А. І., Гойда, Н. Г. та ін. (2011). Дидактичні технології викладання питань репродуктивного здоров'я. Київ: Книга-плюс.

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ: ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ НА ПРИКЛАДІ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО ЕТАПУ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Танцюра Л.

к. мед. н., доцент кафедри

<https://orcid.org/0000-0002-8294-4122>

Кисельова І.

асистент кафедри

<http://orcid.org/0000-0002-9083-8223>

Біляєв А.

д. мед. н., професор, завідувач кафедри

<http://orcid.org/0000-0003-3913-2900>

Кафедра дитячої анестезіології та інтенсивної терапії, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Україна

На прикладі опитування лікарів-інтернів, слухачів циклів спеціалізації та тематичного удосконалення проведено аналіз ефективності дистанційної форми навчання кафедри дитячої анестезіології та інтенсивної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Показана затребуваність лікарями онлайн формату для отримання теоретичних знань і неприйнятність дистанційної форми навчання в разі необхідності придбання або вдосконалення практичних / мануальних навичок. Виходячи з отриманих результатів опитування,

наводяться позитивні і негативні сторони дистанційного навчання. Лікарі-інтерни та слухачі кафедри циклів спеціалізації та тематичного удосконалення віддали перевагу комбінованої моделі, тобто поєднанню очного і дистанційного видів навчання.

Ключові слова: дистанційне навчання лікарів-інтернів, дистанційний формат навчання лікарів, післядипломна освіта.

Дистанційні способи комунікації активно увійшли в усі сфери життя, в тому числі і сферу освіти. Однак умови карантину, в яких раптом опинилась вся країна у зв'язку з пандемією COVID-19, зробили виклик системі освіти. Перехід на повну дистанційну форму навчання з використанням інтернет-мережі і онлайн технологій був вимушеним кроком, пов'язаним з необхідністю продовжувати навчання в умовах ізоляції під час пандемії.

Мета. Проаналізувати ефективність та недоліки дистанційної форми навчання на прикладі опитування лікарів-інтернів, слухачів циклів спеціалізації та тематичного удосконалення кафедри дитячої анестезіології та інтенсивної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, які навчалися на кафедрі в період повного lockdown.

Методи. Для реалізації мети наприкінці циклів серед слухачів було проведено анонімне опитування. Окремо опитували лікарів, які освоювали навички нової професії (інтерни та група спеціалізації), та вже досвідчених лікарів, які проходили тематичне удосконалення. Опитування проводилось на платформі «Survey Monkey» та складалось з 10 питань, які враховували специфіку навчання в кожній групі, але деякі питання були ідентичними для обох груп.

Результати та обговорення. За результатами опитування 82% слухачів циклу тематичного удосконалення и 50% респондентів з групи інтернів та спеціалізації відповіли ствердно про доцільність дистанційного формату навчання. Це свідчить про те, що онлайн навчання є прийнятним для підвищення кваліфікації, але неприпустимо для опанування новою спеціальністю, зокрема такою, як «Дитяча анестезіологія», яка передбачає необхідність придбання певного набору важливих мануальних навичок, що в принципі неможливо при дистанційній формі навчання.

Найбільш актуальними перевагами дистанційної форми навчання респонденти обох груп назвали «економію часу та фінансових витрат»,

«можливість отримання інформації незалежно від відстані», «можливість навчатись і продовжувати працювати».

Серед негативних критеріїв онлайн навчання слухачі обох груп назвали «неможливість оволодіти практичними навичками». Додатково серед негативних критеріїв були названі наступні пункти: «бракує живого спілкування з викладачем» та «недостатнє спілкування з колегами». Відмітили технічні труднощі 47% опитуваних в групі інтернів і спеціалізації та 33% в групі циклу ТУ.

Слід окремо зупинитись на засвоєнні практичних навичок і зазначити, що виділяють як технічні / мануальні навички, так і нетехнічні. До останніх відносяться здатність прийняття рішень, усвідомлення клінічної ситуації, вміння працювати в команді, навички комунікації як з пацієнтами, так і з колегами – в реаліях сучасної медичної освіти всім цим можна оволодіти лише при очній формі навчання: у ліжка пацієнта на клінічних базах або з використанням симуляційних сценаріїв [1]. Стосовно оволодіння мануальними (технічними) навичками, автори вважають, що велику роль у процесі відіграє присутність вчителя, наставника, або досвідченого колеги, який *insitu* дає зворотній зв'язок на предмет коректності виконання тієї чи іншої техніки. Отже, той факт, що слухачі у опитуванні відмітили неможливість оволодіти мануальними навичками та брак спілкування з викладачем і колегами, як негативні критерії, на нашу думку з'являється цілком логічним.

На запитання «Якому формату навчання Ви віддали би перевагу» більшість респондентів в обох групах (63% серед інтернів та спеціалізації; 56% серед лікарів циклу ТУ) обрали очно-дистанційну форму.

Висновки. Проведене опитування продемонструвало думку лікарів щодо позитивних та негативних сторін дистанційного навчання. з точки зору опитуваних дистанційний формат навчання надає можливість отримати нову інформацію, ознайомитись із сучасними технологіями діагностики і терапії, обговорити наболілі та важливі питання. Але в такому форматі оволодіти практичними навичками, перш за все, мануальними, стає складним завданням. На думку опитуваних слухачів та інтернів оптимальною формою може бути очно-дистанційна форма навчання. Але перспективи та прийнятність дистанційного навчання саме в медичній освіті потребує подальшої деталізації та вивчення спеціалістами, які займаються удосконаленням освіти.

Список використаних джерел

1. Flin, R., & Maran, N. (2015). *Non-technical skills: identifying, training, and assessing safe behaviours*. In Manual of Simulation in Healthcare. Oxford, UK: Oxford University Press.

ПЛАТФОРМ EDMODO ТА MOODLE ПРИ ЗМІШАНОМУ НАВЧАННІ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ

Трефаненко І.

доцент

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

<http://orcid.org/0000-0002-7751-9412>

Соловійова О.

асистент

ВДНЗУ Чернівецький національний університет імені Ю.Федьковича, Чернівці

<https://orcid.org/0000-0002-3758-5925>

Рева Т.

доцент

<https://orcid.org/0000-0003-0035-1655>

Шумко Г.

доцент

<https://orcid.org/0000-0002-2087-9396>

Шупер В.

доцент

<https://orcid.org/0000-0001-9881-1757>

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Сучасні інформаційні технології відкривають нові перспективи для підвищення ефективності освітнього процесу. Змінюється сама парадигма освіти. Значна увага приділяється методам активного пізнання, самоосвіті, дистанційним освітнім програмам. Інформаційно-комунікаційні технології відкривають широкі можливості для дистанційного навчання. Дистанційне навчання, в загальному, формується на основі принципів та особливостей традиційних форм навчання. Проте, окрім них, додані нові

особливості, які полягають у використанні інтернет технологій для доступу до навчальних матеріалів, інтерактивної взаємодії між студентами тощо. з початком 2020 року всі навчальні заклади України перешли на дистанційну форму навчання. Тому сьогодні перед вишами постають питання пов'язані з вибором прикладних програм, методів інтерактивного навчання, онлайн ресурсів саме для дистанційної освіти. Онлайн платформи Edmodo та MOODLE можна використовувати з метою розробки навчального та навчально-методичного матеріалу для роботи зі студентами та курсантами післядипломної освіти (ПДО). Вони дозволяють розташовувати власні електронні навчальні матеріали, надаючи доступ до них, а також використовувати розробки інших авторів не порушуючи авторських прав. Однак, кожна з цих платформ має свої переваги та недоліки. Онлайн-сервіси Edmodo та MOODLE дозволяють індивідуально підійти до обрання форми ведення дистанційного навчання для розвитку пізнавальної активності студентів та курсантів ПДО, покращують якість знань, сприяють розвитку навичок самостійного отримання знань.

Ключові слова: змішане навчання, дистанційне навчання, Edmodo, MOODLE.

З кожним роком об'єм інформації, який може отримати фахівець в своїй галузі збільшується в геометричній прогресії. Те, чому ми навчаємо студентів сьогодні, завтра вже буде вчорашнім, а то і давнішим, днем. Сучасні інформаційні технології відкривають нові перспективи для підвищення ефективності освітнього процесу. Змінюється сама парадигма освіти. Велика роль надається методам активного пізнання, самоосвіті, дистанційним освітнім програмам [1]. Роль вчителя сьогодні кардинально змінюється в сторону наставника. Він має спрямувати студента або курсанта де та як отримати і як обробити потрібну інформацію. Інноваційні технології одержання знань із використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій дозволяють підвищити організацію навчального процесу й ефективність отримання знань в цілому. Інформаційно-комунікаційні технології відкривають широкі можливості для дистанційного навчання. Дистанційне навчання в загальному формується на основі принципів та особливостей традиційних форм навчання, проте окрім них додані нові особливості, які полягають у використанні інтернет технологій для доступу до навчальних матеріалів, інтерактивної взаємодії між студентами, формування оцінювання тощо.

З початком 2020 року всі навчальні заклади України перешли на дистанційну форму навчання. Тому сьогодні перед вишами постають питання пов'язані з вибором прикладних програм, методів інтерактивного навчання, онлайн ресурсів саме для дистанційної освіти. Дистанційна форма освіти створює єдиний інформаційно-освітній простір: онлайн сервіси, віртуальні бібліотеки, бази даних, консультаційні служби, електронні навчальні посібники, кіберкласи [2]. Якщо говорити про онлайн-сервіси, то цей інструмент є найбільш зручним, оскільки не потребує фінансових витрат вузу, перебуває постійно в актуальному стані, і може застосовуватися у будь-який час за умови безперешкодного під'єднання до мережі Інтернет. у глобальній мережі є велика кількість таких сервісів (платформ) найрізноманітніших напрямків (аналоги стаціонарних офісних програм, онлайн конструктори, форми, генератори, програми-тестування, планувальники, конвертери, списки розсилки, тощо), які можна застосовувати в начальному процесі вузу [3].

Онлайн платформи Edmodo та MOODLE можна використовувати з метою розробки навчального та навчально-методичного матеріалу для роботи зі студентами та курсантами ПДО. Вони дозволяють розміщувати власні електронні навчальні матеріали, а також використовувати розробки інших авторів не порушуючи авторських прав. Звичайно, що вказані платформи мають свої значущі переваги та недоліки.

Edmodo – це інтерактивний онлайн-ресурс, схожий на соціальну мережу. Інтерфейс Edmodo перекладено українською мовою. Користуватися сервісом можна безкоштовно. Це освітня мережа захищена для педагогів та учнів, що дозволяє викладачу організувати дистанційну взаємодію з учнями.

Одна з важливих переваг Edmodo – доступність з будь-якого місця в будь-який час, що робить і навчання, і роботу більш мобільною. Для роботи на сервісі потрібно лише зареєструватися на сайті (вказавши електронну адресу, ім'я та вибравши роль – вчитель або учень). На даній платформі є можливість для вчителя: створювати класи і навчальні групи; розміщувати завдання різного характеру; завантажувати файли різного формату та посилання; створювати бібліотеку; публікувати повідомлення на стіні (загальні для всіх) або розсилати персональні повідомлення; проводити опитування; обмежувати виконання роботи в часі; створювати й розміщувати контрольні тести, опитування; створювати календар заходів/подій; вбудовувати посилання, відео, зображення, аудіо в свої повідомлення на стіні і в завдання. Програма надає викладачу

інформацію про результати виконання учнями тестів, завдань, проводить статистичну обробку результатів, доступ до електронного журналу, роздруковує список учнів та графік виконання завдань. Особливою перевагою цієї платформи є можливість викладача розвиватися в професійному напрямку (вступити або створити своє товариство; створити або використовувати створені бібліотеки; обмінюватися ресурсами, обговорювати актуальні питання з іншими викладачами). Студент або курсант ПДО отримує доступ до всього вище перерахованого, може передивлятися свої виконані роботи для співставлення з правильними відповідями, має фідбек від викладача на кожен роботу. На початку роботи великі можливості можуть викликати деякі труднощі: плутанина в групах (якщо різні предмети навчання), безліч повідомлень на стіні, велика кількість файлів в бібліотеці. Але при постійній роботі вони зникають. Ця платформа не така багатофункціональна як MOODLE. Вона має базові функції, яких з часом не вистачає для здійснення всіх видів роботи. Також групи, які створені на сервісі, не можна об'єднати або видалити, що може викликати деякі труднощі в роботі.

MOODLE – це модульне об'єктно-орієнтоване динамічне навчальне середовище, яке називають також системою управління навчанням (LMS), системою управління курсами (CMS), віртуальним навчальним середовищем (VLE) або просто платформою для навчання, яка надає викладачам, учням та адміністраторам дуже розвинутий набір інструментів для комп'ютеризованого навчання, в тому числі дистанційного. MOODLE можна використовувати в навчанні школярів, студентів, при підвищенні кваліфікації, бізнес-навчанні, як в комп'ютерних класах навчального закладу, так і для самостійної роботи вдома. MOODLE– це безкоштовна, відкрита (Open Source) система. Вона допомагає викладачу мати у структурованій формі навчально-методичне забезпечення дисципліни та зручний інструмент для обліку та контролю навчальної діяльності студентів; встановлювати потрібні терміни виконання студентами завдань; створювати контенти та управляти ними; використовувати текстові, графічні, аудіо- та відео-матеріали при організації навчального процесу тощо. Студенти та курсанти ПДО мають можливості: доступу до логічно структурованого та укомплектованого навчально-методичного матеріалу; проводити самостійне навчання; мати засоби для самотестування і виконання завдань; розширеного доступу до Internet-ресурсів; дистанційно опанувати навчальний матеріал тощо. Але для того, щоб встановити цю платформу та використовувати її, треба

мати хостинг та домен. Сама програма безкоштовна, але обслуговування хостинга потребує фінансових затрат.

Отже, онлайн-сервіси Edmodo та MOODLE дозволяють індивідуально підійти до обрання форми ведення дистанційного навчання для розвитку пізнавальної активності студентів та курсантів ПДО, покращують якість знань, сприяють розвитку навичок самостійного отримання знань.

Список використаних джерел

1. Dystancijne navchannya – vidteoriy i dopraktyky, aktualnyj merezhevij seminar [Distance learning - from theory to practice, a relevant online seminar] Retrieved from <http://www.osvita.org.ua/distance/articles/15>.

2. Trajnev, V. A., Trajnev, Y. V. (2008). Ynformacyonni kommunykacyonni pedagogycheskye texnologyy: uchebyj posibnyk [Information and communication pedagogical technologies: tutorial] Kyiv: Osvita

3. Sokolovska, V. V. (2019). On-lajn servisy yak perspektyvni ta alternatyvni zasoby navchannya studentiv vyshiv Ukrayiny [Online services as promising and alternative means of teaching students of Ukrainian universities] Materialy vseukrayinskogo naukovo-praktychnogo vebinaru [Online services as promising and alternative means of teaching students of Ukrainian universities], 71-74. Retrieved from http://www.vtei.com.ua/images/2019/KF/04_03_2019zb.pdf.

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ РАДІОЛОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Щербіна О.

Професор, завідувач кафедри

<https://orcid.org/0000-0001-9987-1014>

Коваленко Ю.

Кандидат технічних наук, директор ТОВ

«Телеоптик», старший викладач кафедри

Кафедра ядерної медицини, радіаційної онкології та радіаційної безпеки, НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна

Роботу з безперервної післядипломної освіти в радіології було розпочато набагато раніше, ніж отримали відповідний наказ МОЗ України (№ 446 від 22.02.2019 р. «Деякі питання безперервного професійного

розвитку лікарів»). Ще в 2010 році було започатковано Українську школу безперервної післядипломної освіти в радіології. 21-22 травня 2010 р. в місті Кам'янець-Подільський було організовано перші курси цієї Школи. в програмі цих курсів обговорювалися актуальні питання променевої діагностики, було апробовано таку методику навчання, як майстер-класи. Було заслухано лекцію професора Д. С. Мечева «Зміни у системі безперервної медичної освіти радіологів України», яка підкреслювала необхідність проведення таких заходів. Після смерті першого керівника школи професора М. І. Спужака Українській школі безперервної післядипломної освіти в радіології було присвоєно його ім'я.

Від кафедри ядерної медицини, радіаційної онкології та радіаційної безпеки Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика найбільш активними лекторами на протязі 10 років існування школи були д. мед. н., доцент В. О. Рогожин та к. т. н. старший викладач Ю. М. Коваленко. За 10 років роботи Української школи безперервної післядипломної освіти в радіології було проведено 25 курсів в 12 областях України та в Криму. Серед регіонів України лідером є Вінницька область (6 курсів, 2014, 2016-2020). Тричі курси було проведено у Закарпатський області, по 2 рази – у Місхорі, Львові, Івано-Франківську та Харкові. По одному разу організували курси Школи в Полтаві, Луганську, Кропивницькому, Києві, Хмельницькому, Чернівцях, Херсоні, Одесі.

17-18 вересня в місті Одеса, незважаючи на пандемію COVID-19, відбулися ювілейні 25-і курси Української школи безперервної післядипломної освіти в радіології імені проф. М. І. Спужака з міжнародною участю. Від кафедри ядерної медицини, радіаційної онкології та радіаційної безпеки в роботі школи взяли участь завідувач кафедри професор О. В. Щербіна та к.т.н. Ю. М. Коваленко. з великою цікавістю було заслухано 2 лекції Ю. М. Коваленка «Актуальні питання радіаційної безпеки в діагностичній радіології» та «Щодо доцільності профілактичних рентгенологічних досліджень органів грудної клітки та забезпечення їх ефективності». На секції «Променева діагностика травматичних ушкоджень» велику зацікавленість викликала лекція колишнього заочного аспіранта кафедри, нині асистента кафедри онкології та радіології Дніпропетровської медичної академії к. мед. н. Ю. В. Грабовського «Променева діагностика вогнепальних травм голови». Було заслухано он-лайн лекції зарубіжних фахівців «Можливості зменшення променевого навантаження на пацієнтів при комп'ютерній томографії» (Mannudeep Kalra, Бостон, США) та «Радіологічна візуалізація

пухлин мозку» (Sem Calli, Ізмір, Туреччина). в рамках школи було проведено 4 майстер-класи з актуальних питань променевої діагностики. Молоді радіологи висловили подяку лекторам та побажання проводити курси Української школи безперервної післядипломної освіти в радіології в різних містах України.

Велику роль в безперервному професійному розвитку лікарів відіграють профільні асоціації, зокрема Асоціація радіологів України, Всеукраїнська асоціація рентгенологів, Українське товариство фахівців з ядерної медицини, Українське товариство радіаційних онкологів, Українська асоціація фахівців з ультразвукової діагностики. Щорічно проводяться науково-практичні конференції з міжнародною участю, згідно статутів – регулярні конгреси та з'їзди. На жаль, із-за пандемії COVID-19, щорічний конгрес «Радіологія в Україні», відбувся 1-3 липня 2020 р. в он-лайн режимі. у вересні 2020 року відбувся з'їзд Українського товариства фахівців з ядерної медицини (м. Кам'янець-Подільський, 7-8 вересня) та науково-практична конференція Українського товариства радіаційних онкологів (м. Одеса, 16-17 вересня). Фахівці з ядерної медицини та з радіаційної онкології заслухали цікаві лекції та доповіді, поспілкувалися в офіційній та неофіційній обстановці та обмінялися досвідом роботи. З'їзди та науково-практичні конференції Українського товариства фахівців з ядерної медицини щороку відбуваються в різних містах України. в рамках заходів проводяться цікаві екскурсії, учасники знайомляться з пам'ятками історії та архітектури, з історією різних регіонів України.

Всеукраїнська асоціація рентгенологів та Центр рентгеновських технологій Асоціації радіологів України регулярно проводять курси Школи цифрових технологій. Ю.М. Коваленко приймає в них активну участь як організатор, так і лектор. Заходи проводяться як в місті Києві, так і виїзні. На курсах Школи цифрових технологій розглядаються питання заміни застарілого обладнання сучасними цифровими рентгенодіагностичними комплексами, телерентгенологію як шлях підвищення ефективності рентгенодіагностики, питання штучного інтелекту в променевої діагностиці.

Таким чином, всі перераховані заходи спрямовані на безперервний професійний розвиток лікарів радіологічного профілю. Лікарі з задоволенням відвідують різноманітні школи та форуми, отримують професійні знання, підвищують рівень знань, а також отримують відповідні бали для проходження атестації.

ОКРЕМІ СКЛАДОВІ НА ШЛЯХУ ДО ПОБУДОВИ МОДЕЛІ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Трет'якова А.

*Старший лаборант кафедри педагогіки,
психології, медичного та
фармацевтичного права
Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика*

Важливим етапом у підготовці лікаря – інтернатура. Спеціалізація (інтернатура) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників всіх факультетів медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти. Основним завданням інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти. Освіта дорослих може забезпечити ряд шляхів підтримки особи протягом її кар'єри та життя. Відомо, що існує велика кількість різноманітних теорій та підходів до навчання дорослих. в запропонованій моделі навчальний процес пропонується розподілити на п'ять наступних етапів (фаз): дисонанс, доопрацювання, організаційна, зворотня та консолідаційна. [1]. Пройти через всі запропоновані етапи у навчальному процесі має пройти як лікар-інтерн, так і викладач – науково-педагогічний працівник (НПП). Кожен з них на певному етапі матиме свої обов'язки.

Дисонанс фаза виникає у випадку оскарження або неповноти актуалізованих знань слухача. Під час фази дисонансу завдання, що постає перед лікарем-інтерном в результаті розбіжності поглядів може бути як внутрішнім – міркування самого інтерна, або ж зовнішнім – сформульованим НПП чи пацієнтом. Більш того, існує кілька факторів які впливають на ступінь участі інтерна в процесі навчання: характер завдання, наявні ресурси, мотивація та рівень підготовки лікаря-інтерна, доцільний стиль навчання. в результаті слухач відображає та визначає свої особисті результати навчання. Під час фази доопрацювання лікар-інтерн шукає ряд можливих пояснень, варіантів вирішення проблеми, тим самим вдосконалюючи нову для себе інформацію та поняття. Під час організаційної фази лікарі-інтерни навчаються продукувати або перебудовувати свої ідеї для узагальнення отриманої інформації в повному обсязі. Для реалізації цього процесу існує як мінімум два елементи: відображення в дії – перевірка, підтвердження або спростування гіпотез. для кращого розуміння інформації та способи її

організації в схемах. Четверта зворотня фаза, ймовірно, є найбільш важливою, тут лікар-інтерн артикулює свої набуті знання і випробовує їх. Викладачі вважають зворотній зв'язок засобом або зміцнення існуючої схеми у досвіді лікаря-інтерна або тим, що зобов'яже лікаря-інтерна переглянути її в світлі нової інформації. На завершальній фазі консолідації лікарі-інтерни розмірковують про процес, який вони подолали, озираючись на цикл навчання. Вони визнають, що дізналися під час навчання, як з точки зору збільшення їх бази знань, так і з точки зору самого процесу навчання (роздуми про дію).

Отже, застосовуючи послідовно та обережно данні складові до моделі навчання лікарів-інтернів, НПП може бути впевнений в тому, що допомагає своїм підопічним стати частиною професії охорони здоров'я і закласти основи для кар'єрного розвитку на все життя.

Список використаних джерел

1. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83 Downloaded by [178.54.121.253] at 00:43 08 September 2017

СЕКЦІЯ: СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В ПОЄДНАНІ З ОЧНОЮ ФОРМОЮ - НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Білоклицька Г.

*доктор медичних наук, професор,
завідувачка кафедри*

Центіло Т.

кандидат медичних наук, доцент

**Кафедра терапевтичної стоматології ІС
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна**

В тезах висвітлюються можливості поліпшення безперервного професійного розвитку за умов використання сучасних інноваційних електронних засобів і технологій навчання. Розглядається можливість поєднання дистанційної та очної форми навчання з метою удосконалення теоретичних знань та практичних навичок із оволодінням сучасних методик і підходів до діагностики і лікування. Пропонується удосконалити технічне оснащення кафедр, яке повинно відповідати сучасним вимогам, що значно поліпшить якість викладання. Сучасні досягнення комп'ютерних технологій дозволяють забезпечити дистанційне навчання лікарів та підвищити їх кваліфікацію.

Ключові слова: Безперервний професійний розвиток, дистанційна форма навчання, очна форма навчання, технічне оснащення.

Безперервний професійний розвиток (БПР) – це безперервний процес навчання та удосконалення професійних компетенцій фахівця після здобуття вищої освіти у сфері охорони здоров'я та освіти в інтернатурі [1].

Метою безперервної освіти є досягнення максимально високого професійного рівня лікаря, що сприяє підвищенню ефективності його практичної діяльності.

Реалізація процесу відбувається шляхом безперервного спілкування, так і через використання «Дистанційного навчання». Сучасна післядипломна освіти реалізується через перехід від кваліфікаційної

моделі фахівця до набуття компетентності. Інтенсивний розвиток інформаційно-комп'ютерних телекомунікаційних систем сприяє широкому впровадженню в освітній процес післядипломної підготовки технологій дистанційного навчання.

Розвиток стоматологічних спеціальностей напряму пов'язано з необхідністю вдосконалення стоматологічної допомоги населенню, що є як медичною, так і соціально-економічною проблемою. Якість наданої допомоги завжди залежить від ефективності застосованих методів лікування, їх сучасності і новизни, впровадження нових технологій. Це безпосередньо пов'язано з організацією постійного підвищення професійних можливостей стоматологічних кадрів. Реформа охорони здоров'я, що проходить в даний час, в тому числі, стосується післядипломного удосконалення фахівців з вищою медичною освітою. Саме на цьому етапі можливо і необхідно впровадження нових технологій, одного з основних факторів підвищення рівня наданої стоматологічної допомоги. Дистанційна система навчання дозволяє швидко проводити онлайн-тестування за допомогою психологічних і кваліфікаційних тестів, створювати і проводити власно опитування та анкетування, організовувати навчання новим продуктам і послугам, проводити різні конкурси та експертизу будь-яких об'єктів з будь-яких критеріїв, створювати інтернет-спільноти та ін.

Невід'ємною частиною безперервного розвитку лікарів є активне використання у своєму навчанні постійної самоосвіти та корпоративної інтернет-бібліотеки [2].

Дистанційне навчання – форма освіти, яка поєднує елементи очного, очно-заочного та заочного процесів: базується на принципі самостійної роботи слухача. Слухачі знаходяться у віддалені від лектора, але можуть активно приймати участь в лекції, ставити запитання, обговорювати актуальні питання викладеної теми, брати участь у дискусії тощо. Основою позитивного результату дистанційного навчання є наявність сучасної техніки та технологій, вміння слухача користуватися можливостями інтернету. Дистанційне навчання має позитивні та негативні риси [3].

До позитивних рис дистанційної освіти, як інструменту системи безперервного професійного навчання можна віднести:

- свободу і гнучкість – учень може вибрати будь-який з численних курсів навчання, а також самостійно планувати час, місце і тривалість занять;

- доступність – незалежність від географічного і тимчасового положення того хто навчається і освітнього закладу дозволяє не обмежувати себе в освітніх потребах;

- мобільність - ефективна реалізація зворотнього зв'язку між викладачем і учнем є однією з основних вимог і підстав успішності процесу навчання;

- технологічність - використання в освітньому процесі новітніх досягнень інформаційних і телекомунікаційних технологій; сучасні технології надають можливість зробити навчання більш яскравим, динамічним з використанням мультимедійних ефектів;

- соціальна рівноправність - доступність та відкритість навчання, рівні можливості отримання освіти незалежно від місця проживання, стану здоров'я, елітарності і матеріальної забезпеченості учня;

- зменшення фінансових витрат, перебування вдома, відсутність витрат на транспорт, оплату тепла і т.д.;

- можливість вибору різних курсів, майстер класів, різних лекторів з будь-якого навчального закладу або досвідчених практикуючих лікарів; слухач має можливість переглядати матеріал та слухати лектора багато разів, на протязі тривалого часу, що є найбільш вигідним для розуміння викладеного матеріалу, його запам'ятовування;

- можливість одночасного навчання великої кількості людей, при цьому розташованих у різних містах, що неможливо при очній формі;

- залучення до навчання іноземців;

- пролонгованість навчання;

- творчість – комфортні умови для творчого самовираження слухача.

Методологія дистанційного навчання сприяє розвитку самостійної пізнавальної діяльності слухача.

Негативні риси:

- відсутність прямого очного спілкування, що є найбільш важливим у формуванні та удосконаленні знань медичного працівника;

- недостатність в удосконаленні володіння практичними навичками слухачем, що має особливе значення у такої мануальної професії, як стоматології;

- ускладненість навчання сучасних методик та їх практичне оволодіння, що неможливо здійснити без контролю викладача;

- велика фінансова вартість побудови системи дистанційного навчання на початковому етапі. Значні витрати на створення дистанційного навчання, закупівлю обладнання;

- достатньо велика трудомісткість розробки курсів дистанційного навчання;

- дистанційне навчання в медицині можливе при розгляді однієї теми, яка заздалегідь підготовлена, але в практиці лікаря завжди зустрічаються мультидисциплінарні явища. в цих випадках можливий тільки очний клінічний розгляд під керівництвом викладача або досвідченого практикуючого лікаря з одночасним тлумаченням даних клінічного, рентгенологічного, спеціальних лабораторних досліджень.

Результативність дистанційного навчання в безперервному професійному розвитку залежить від багатьох факторів: ефективної взаємодії викладача та слухача, узгодженості активного зворотного зв'язку, якості організації дистанційного навчання, розробки дидактичних матеріалів [4; 5; 6]. Сучасні інформаційні технології дозволяють налагодити зворотній зв'язок, забезпечити постійну підтримку слухача.

Удосконалити проблему дистанційного навчання можливо шляхом підвищення мотивації у лікаря до самостійної роботи. Для цього потрібно створити на базі кафедри потужні комп'ютерні класи, обладнані сучасними електронними засобами вищого рівня. Вирішення цієї проблеми також потребує створення методичних матеріалів: навчальних посібників, розроблених співробітниками кафедри, мультимедійними презентаціями до занять, фото- та відеоматеріалами, тестовими завданнями як навчального так і контролюючого типу.

Якість сучасної медичної освіти потребує використання інноваційних перетворень в технологіях навчання. Відбувається переорієнтація традиційного навчання на принципово новий рівень, де слухач стає активним співучасником освітнього процесу.

При вивченні медичної інформації дуже важлива візуалізація в опануванні знань. Навчання слухача практичним навичкам потребує традиційного очного контакту з викладачами, але теоретична підготовка може бути в дистанційній формі. Поєднання очної та дистанційної форм надає можливість доставки інформації в короткий термін, розширити географію учасників та тематичний діапазон курсів.

Поєднання дистанційної та очної форми навчання дозволяє лікарю більш ефективно здобувати сучасні наукові та практичні розробки вітчизняних та закордонних науковців, бути активним учасником безперервного професійного розвитку.

Висновки. Інтеграція традиційних та сучасних дистанційних методів навчання в підготовці лікарів дозволяє підвищити ефективність та якість навчального процесу, що сприяє сучасному рівню професіональної підготовки лікаря-стоматолога.

Список використаних джерел

1. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я (Постанова Кабінет Міністрів України) № 302 від 28.03.2018 р. (2018). Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF#Text>.

2. Вороненко, Ю. В., & Мінцер, О. П. (2013). Розвиток нових технологій у післядипломній освіті лікарів і провізорів: тенденції, експертні висновки та реальні оцінки ефективності навчання. *Медицина*, (2), 19-23.

3. Музычина, А. А., Агафонова, Г. Ю., Бугоркова, И. А., & Александров, Е. И. (2012). Дистанционная форма обучения при подготовке врачей-интернов стоматологов. *Медико-социальные проблемы семьи*, 17(3-4), 142-143.

4. Ващенко, В. Ю., Скляр, В. А., & Козьяков, К. О. (2009). Дистанционная форма обучения. История. Проблемы. Перспективы развития. *Вісник Східноукраїнського національного університету імені В. Даля*. Взято з <http://masters.donntu.org/2011/etf/sinegub/library/tez9.htm>.

5. Агранович, Н. В., Ходжаян, А. Б., Сохач, А. Я., & Щетинин, Е. В. (2012). Дистанционное обучение как современная форма обучения медицинских кадров. *Медицинский вестник Северного Кавказа*, 26(2), 90-92.

6. Хоружа, Р. Ю., Педорець, О. П., Ківа, О. І., Каліновський, Д. К., & Тарануха, С. В. (2009). Організаційні форми самостійної роботи студентів стоматологічного та міжнародного факультетів, можливості впровадження дистанційного навчання. *Український журнал телемедицини та медичної телематики*, 7(2), 164-168.

НОВІ ФОРМИ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ І СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

Владимиров О.

професор, завідувач кафедри

Губенко В.

професор кафедри

Владимирова Н.

професор кафедри

Ткаліна А.

доцент кафедри

Федоров С.

доцент кафедри

Голик В.

доцент кафедри

Кафедра фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, Україна

Дано узагальнення досвіду очно-заочного навчання післядипломної освіти на циклах тематичного удосконалення кафедри фізичної та реабілітаційної медицини.

Ключові слова: очно-заочне навчання, віртуалізації освіти, фізична та реабілітаційна медицина, безперервний професійний розвиток.

Питання віртуалізації освіти на сьогодні є дуже актуальним у роботі вищих навчальних закладів. Це пов'язано з розвитком інформаційних технологій і з тим, що в інформаційному полі (інтернеті) уже існує багато пропозицій по навчанню різних спеціалістів, у тому числі й лікарів, у різному обсязі та в різній пропорції між очною частиною навчання і заочною (онлайн процесом).

На кафедрі фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини йде процес зміни форми навчання слухачів, що відповідає сучасним аспектам реформи вищої освіти. Це запровадження спеціалізації (тривалість 4 міс.) і інтернатури (тривалість 3 роки) з нової спеціальності «Фізична та реабілітаційна медицина», підготовка по новим програмам курсів тематичного удосконалення в новому форматі – у вигляді очно-заочного навчання (тривалістю 2 тижні) по різним темам, які перекликаються з основною програмою спеціалізації. в сьогоднішній це

особливо актуально, що пов'язано з обмежувачим виконання навчальних програм фактором – карантинном через пандемію. Тому для максимального зменшення очного контакту між викладачем і лікарями, а також між самими лікарями раціонально використовувати віртуальні можливості проведення лекцій і семінарів.

Так, наприклад, навчальний план циклу тематичного удосконалення "Фізична та реабілітаційна медицина хворих з м'язово-скелетною патологією" (за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання) тривалістю 0,5 міс (78 год) передбачає 28 год занять у дистанційному режимі: це частково лекції і семінарські заняття. Але, як показує вже отриманий досвід, є можливість проводити всі лекції та семінари дистанційно з використанням платформи Zoom. а це 44 год (22 лекційних і 22 семінарських). Тільки практичні заняття можуть проводитися в очній формі (34 год). Таким чином, різний контингент (лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, лікарі-фізіотерапевти, лікарі з лікувальної фізкультури, лікарі зі спортивної медицини, лікарі-невропатологи, лікарі-ортопеди-травматологи, лікарі-ревматологи, лікарі-кардіологи, лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, лікарі загальної практики – сімейної медицини), можуть проходити навчання з мінімальним часовим відволіканням від основної своєї роботи і продовжувати свій лікарський безперервний професійний розвиток більше переважно в вечірній час.

На наш погляд, ми можемо повністю перенести лекції і семінари в площину заочної частини плану навчання. Це дасть можливість дистанційно виконувати більшу частину половини часу тематичного удосконалення і зосередитись в очній частині переважно на практичній роботі, відпрацюванні практичних навичок. Під час очно-заочного циклу тематичного удосконалення лікарі повинні у стислі терміни встигнути познайомитися з рекомендованою літературою і виконати домашнє завдання в вигляді контрольних запитань і ситуаційних клінічних задач. з цією метою ми використовуємо Google диск (онлайн бібліотека) та Googleclass (розміщення та виконання учбових завдань за темами). Всі ці компоненти дають можливість створити необхідну базу теоретичних і практичних знань у лікарів, що дозволяє висвітлити під час навчання всі теми навчального плану та програми з найвищим рівнем ефективності. Досвід такого навчання як з боку викладачів кафедри, так і лікарів, починає збільшуватись і вже сприймається як стандартна ситуація в безперервному професійному розвитку спеціалістів.

Окрім зазначеного циклу на кафедрі фізичної і реабілітаційної медицини та спортивної медицини розроблені та проводяться також цикли тематичного удосконалення з очно-заочною формою навчання (тривалістю 2 тижні): «Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я», «Фізична та реабілітаційна медицина в клінічній практиці», «Природні і преформовані фізичні фактори в фізичній та реабілітаційній медицині».

Отже оптимізація форми навчання на основі віртуалізації освіти – вимога сьогодення, яку необхідно враховувати та впроваджувати далі в роботі кафедри фізичної і реабілітаційної медицини та спортивної медицини та інших кафедр НМАПО імені П.Л. Шупика.

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ ЯК СПОСІБ ОСЯГНУТИ НЕОСЯЖНЕ

Черняк М.

лікар-акушер-гінеколог

КНП «Ужгородський пологовий будинок»

УМР, м. Ужгород

Корчинська О.

д. мед. н., професор

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» Медичний факультет,

кафедра акушерства і гінекології

м. Ужгород, Україна

Невід'ємною складовою розвитку будь-якої галузі є передача інформації в вертикальному та горизонтальному напрямках. За п'ять попередніх років людством створено інформації більше, ніж за всю попередню історію існування. Обсяг інформації в світі зростає щорічно на 30 %. в тому числі, наукою, яка розвивається надзвичайно швидко є медицина. Сьогодні інформаційні технології набули такого поширення, що нам важко уявити майже будь-яку сферу діяльності без них, особливо, сферу науки та освіти. Сучасні ІТ дозволили швидше, надійніше та чіткіше збирати, обробляти, зберігати та видавати необхідні дані, які стають основою для вироблення доказових стратегій профілактики, діагностики та лікування будь-якого захворювання. в статті наведені дані щодо сучасних можливостей та обсягів використання інформаційних технологій

(ІТ) в сфері медичної освіти. Описаний досвід в застосуванні ІТ під час підготовки медичних кадрів та інтеграції інформаційної науки в медицину.

Хоча медична освіта існує століттями, вже у 1910 році Авраам Флекснер представив свою доповідь, матеріалом для якої були візити в 155 медичних шкіл, що існували в Північній Америці в 1909 році. Він визначив чотири основні проблеми під час медичної освіти: відсутність стандартизації, відсутність інтеграції, відсутність запитів та формування особистості. Три з них вдалось, в сьогоdnішніх реаліях, вирішити за допомогою ІТ. Активне використання комп'ютерних технологій у всьому світі в медицині розпочалося на початку 1950-х років із ростом потужності комп'ютерних систем. Сьогодні став очевидним факт незамінності ІТ для щоденного навчання та самовдосконалення як студентів так і лікарів. Інструментами в пошуці необхідної в конкретний момент часу є пошукові системи та бази даних [1]

PubMed – англomовна біомедична текстова база, яка була вперше запущена в січні 1996 року і станом на 2020 рік включає більше 30 млн публікацій [2]

Scopus – бібліографічна та реферативна база даних створена в 2004 році і вже в 2009 році налічувала більше 36 млн статей, з них 31 % складають публікації на медичну тематику [3]

Такі цифри кількості публікацій відображають наявний об'єм інформації, яку сучасний лікар повинен сприймати, оцінювати та, на основі свого попереднього досвіду, застосовувати в щоденній практиці. ІТ дозволяють обмінюватись інформацією блискавично, що призводить до ще більшого прискорення темпів створення нової інформації. За допомогою комунікативних систем та Інтернету студенти-медики та викладачі можуть залишатися на зв'язку між періодами навчання та після його завершення.

Ефективне та швидке спілкування можна встановити за допомогою електронної пошти, а деталі курсу, навчальні матеріали та зворотний зв'язок можна легко налагодити. Сьогодні багато медичних шкіл використовують підключені до Інтернету програми для ведення та координації своїх курсів.

Такі програми дають можливість швидкого доступу до інформації та обміну повідомленнями, а також дозволяють усім викладачам, рецензентам та студентам в будь-якому місці переглянути актуальний

навчальний план, оновлені інформаційні матеріали та знайти необхідну для себе інформацію.

Подібним чином Інтернет надає можливості отримувати актуальну інформацію про різні аспекти здоров'я та хвороб, а також обговорювати з колегами актуальні медичні питання на онлайн-конференціях. Безкоштовний доступ до Medline, різноманітних медичних журналів, підручників в Інтернеті та останньої інформації про нові розробки в галузі медицини також стимулює навчання та дослідження на основі найновіших даних. Розроблені анатомічні тривимірні атласи за допомогою комп'ютерної томографії та магнітно-резонансної томографії є дуже показовими та допомагають студентам чітко зрозуміти предмет. Сприйняття інформації з таких джерел дає можливість чітко уявляти топографію органів та структур.

Ще однією розробкою є симулятори "Advanced Life Support" (ACLS) та тренажери Haptics "наука про дотик", які використовуються в медичній освіті для розвитку різних клінічних навичок, таких як інтерпретація ЕКГ, відпрацювання навичок виконання інтервенційних втручань (серцево-легенева реанімація, введення препарати різними методами, дефібриляція та основні хірургічні навички) без роботи на справжньому пацієнті [2,4]

ІТ загалом стали незамінними в сучасній системі медичної освіти. Існує багато переваг електронного навчання, що стимулює його використання:

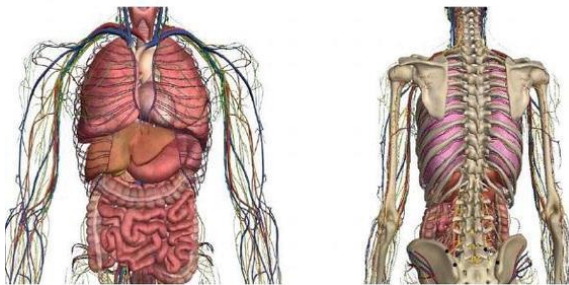
1. Автономність курсів
2. Доступний у будь-який час і в будь-якому місці
3. Персоналізованість та актуальність
4. Постійне оновлення
5. Простота відстеження та звітності
6. Зменшення матеріально-технічних витрати (проїзд, простір, матеріали)

В Сполучених штатах Америки вивченню застосування інформаційних технологій віддається значна увага. Ряд університетів пропонують потужні освітні програмами з медичної інформатики. Університет Індіани - Університет Пердью - Індіанapolis пропонує ступінь бакалавра та магістра в галузі інформатики, а також ступінь магістра. в галузі дизайну взаємодії людина-комп'ютер, науки про дані та інформатики безпеки. Також пропонується курс в галузі науки про дані та ступінь кандидата наук по

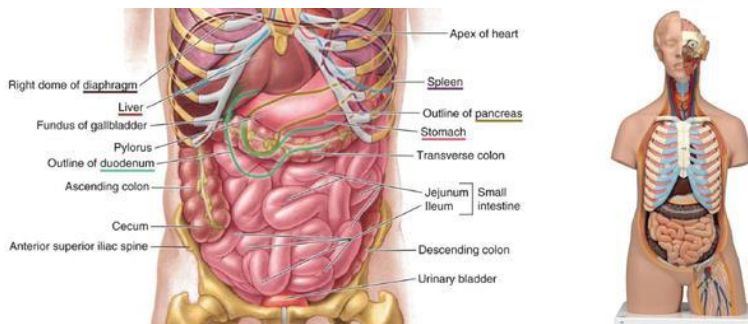
біоінформатиці, хемінформатиці та інформатика в галузі охорони здоров'я.

Інженерна школа в Мілуокі об'єднується з Медичним коледжем штату Вісконсін, щоб запропонувати спільний курс по отриманню магістра наук у галузі медичної інформатики. На додаток до підготовки магістрів біомедичної інформатики, Стенфордський технологічний університет пропонує ступінь доктора філософії, сертифікати, індивідуальні курси, навчання та програми спільно з медичною школою для опанування дисциплін в галузі IT.В Університеті Міннесоти ступінь магістра інформатики в галузі охорони здоров'я потребує 31 кредитну годину; ступінь також можна здобути одночасно із медичним ступенем. Університет Теннессі в Ноксвіллі пропонує онлайн-програми для магістрів та аспірантів, які акредитовані Комісією з акредитації інформатики в галузі охорони здоров'я та управління інформаційною освітою. Школа біомедичної інформатики Техаського університету пропонує сертифікат випускника, ступінь магістра, доктора філософії і подвійний ступінь з інформатики в галузі охорони здоров'я. Для студентів, які хочуть вивчати медичні інформаційні технології, програми медичної інформатики на рівні аспірантів забезпечують відповідне навчання. Ці програми, які пропонуються в деяких школах з найвищим рейтингом у країні, включають навчання як з інформатики, так і з питань охорони здоров'я [4]

Наглядним та простим прикладом ефективності використання інформаційних технологій є вивчення основи будь-якої медичної спеціальності – анатомії. Ступінь наочності та можливість пошарового моделювання робить 3-Датласи значно зручнішими та ефективнішими за традиційні паперові варіанти (зобр. 1 і зобр. 2). Останні дозволяють пошарово моделювати анатомічну ділянку, чітко візуалізувати глибокі структури та фрагментувати окремо цілі системи.



Зобр. 1. Ілюстрація з традиційного атласу анатомії



Зобр. 2 3-D атлас анатомії

Висновок. Сучасні інформаційні системи стали незамінними помічниками в галузі медичної освіти, як первинної так і післядипломної. Вони збільшують наочність та доступність інформації, даючи можливість надавати медичні послуги у відповідності до всіх найновіших досягнень та стандартів. Прогнозовано, що роль ІТ буде тільки збільшуватись зі зростанням медицини.

Список використаних джерел

1. Izet Masic, Haris Pandza, Selim Toromanovic, Fedja Masic, Suad Sivic, Lejla Zunic, and Zlatan Masic. (2011). Information Technologies (ITs) in Medical Education. *Acta Inform Med.*; 19(3): 161–167. Вилучено з <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564180/>
2. Technical Bulletin. 22 March 2015. "Pub Med Celebrates its 10th Anniversary". United States National Library of Medicine. Вилучено з https://www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/so06/so06_pm_10.html
3. Scopus Info. Scopus in detail: What does it cover?2020. Elsevier. Вилучено з https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0007/69451/Scopus_ContentCoverage_Guide_WEB.pdf
4. Role of Information Technology in Medical Science. (2020). *Asian Hospital & Healthcare Management*. Вилучено з <https://www.asianhnm.com/articles/role-information-technology-medical-sciences>
5. Pascal Fallavollita. (2016). *Innovative Technologies for Medical Education*. 1st November, 2016. Вилучено з <https://www.intechopen.com/books/human-anatomy-reviews-and-medical-advances/innovative-technologies-for-medical-education>.

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАННЯ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ УРЯДОВОЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ПРОВІЗОРІВ

Гуз В.

асистент, аспірант

Заліська О.

д.фарм.н., професор

Максимович Н.

к.фарм.н., доцент

Кафедра організації та економіки

фармації, технології ліків та

фармакоеконіміки ФПДО, Львівський

національний медичний університет

імені Данила Галицького

Ключові слова: інформаційне забезпечення, післядипломна освіта, анкетування, програма «Доступні ліки»

Вступ. Важливим завданням для якісної підготовки фармацевтичних кадрів є безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів. у зв'язку з впровадженням програми реімбурсації «Доступні ліки» з квітня 2017 року та е-рецептів з квітня 2019 року, існує необхідність у набутті нових знань і навичок для провізорів та провізорів-інтернів для роботи у цій програмі.

Метою нашої роботи був аналіз анкет провізорів та провізорів-інтернів щодо їх досвіду у програмі реімбурсації «Доступні ліки». Нами проанкетовано 45 провізорів «Загальна фармація» з аптек Львівської області.

Було встановлено, що 24 провізори (53%) працюють в аптечних закладах, які зареєстровані в програмі «Доступні ліки». Визначено, що 8 провізорів працюють у програмі з 2017 року, 4 провізори – з 2018 року, 9 провізорів з аптек, які зареєструвались до програми у 2019 року після введення е-рецепта і 3 провізори почали роботу у програмі лише у 2020 році.

В ході анкетування було встановлено, що 21 респондент (47%) ніколи не працювали у програмі, а 14 (31%) - плутають реквізити рецептів з програми «Доступні ліки» з рецептами, які відпускаються за бюджетні кошти. Тому необхідне оновлення Протоколу провізора при відпуску ліків

для лікування серцево-судинної системи, які не переглядалися з жовтня 2013 та проведення семінарів для набуття навичок у програмі «Доступні ліки» на ПАЦ, ТУ провізорів та з дистанційними методиками для безперервної освіти.

Під час аналізу анкет, нами встановлено, що 18 респондентів (40%) вважають найкращим методом отримання додаткової інформації з програмою «Доступні ліки» sms-розсилку, 13 (29%) обирає e-mail розсилку, 8 (18%) бажають отримувати інформаційні листки, а 6 провізорів (13%) не визначились з методом отримання додаткової інформації.

Висновки. Нами проанкетовано провізорів передатестаційного циклу та встановлено, що лише 53% з опитаних мають досвід роботи в програмі «Доступні ліки». За результатами, визначено, що необхідним є вивчення законодавчих вимог, переліку ліків, референтних цін та роботи з е-рецептами у програмі «Доступні ліки» на ПАЦ, ТУ провізорів. Підготовлено методичні рекомендації для семінарських і практичних занять на ПАЦ і ТУ провізорів.

ДОСВІД ДИСТАНЦІЙНОГО ПРОВЕДЕННЯ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ ІЗ ПРОТИДІЇ НАСИЛЬСТВУ НАД ДІТЬМИ ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Богуцька Н.

*Доцент кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб ВДНЗ України
"Буковинський державний медичний
університет", Україна*

<https://orcid.org/0000-0001-6268-1452>

Участь в проєкті «Дитинство без насильства» та здобуття компетентностей з тренерської майстерності дозволили розробити та ефективно впровадити в навчальний процес на післядипломному етапі новітні підходи у менеджменті насильства над дітьми та здійснити комплекс заходів із актуалізації цієї проблематики у навчальному процесі вишу та лікувальній роботі клініки. Застосування сучасних інформаційних технологій у навчальному процесі виявилось ефективним у здобутті лікарями навичок впровадження медичних аспектів питань протидії насильству над дітьми у їх практичну діяльність.

Ключові слова: насильство над дітьми, післядипломна освіта, сучасні інформаційні технології.

З лютого 2018 року, коли міжнародною громадською організацією «Міжнародний центр розвитку і лідерства» (ГО МЦРЛ) в рамках проекту «Дитинство Без Насильства» вперше було зорганізовано конференцію для більше сотні лікарів-педіатрів та сімейних лікарів "Дитинство без насильства: роль працівників медичної сфери у системі виявлення та реагування на випадки насильства над дітьми", і дотепер в Україні здійснено низку дієвих заходів задля запобігання насильству над дітьми і подоланню його наслідків. До такої діяльності були також залучені Офіс Уповноваженого Президента України з прав дитини, Міністерство охорони здоров'я України, а також Фонд Народонаселення ООН в Україні UNFPA Ukraine British Embassy, Kyiv UNICEF Ukraine IHS, Міжнародний фонд "Відродження" Ротарі в Україні Loads of Love, Institute of human services (Ohio, USA), Швейцарське бюро співробітництва в Україні та інші. Спершу в рамках проекту «Дитинство без насильства» ГО МЦРЛ здійснила конкурсний відбір 23 лікарів із різних регіонів України для подальшого навчання тренерській майстерності. Досвідом із ними під час неодноразових тренінгів ділились міжнародні експерти-медики з питань насилля щодо дітей зі США (Лорі Фрезієр, Вінсент Палуччі) та Ізраїлю (Аді Кляйн). у 2019 зорганізовано конференцію «Дитинство без насильства: робота мультидисциплінарної команди» задля успішнішого налагодження взаємодії спеціалістів сфери захисту дітей (медиків, соціальних працівників, психологів, юристів, адвокатів, науковців та поліцейських) заради своєчасного виявлення, реагування та протидії насильству над дітьми. Результатом участі у проекті було отримання сертифіката тренера та здобуття компетентностей з основ тренерської майстерності, апробованих під час проведення тренінгів із лікарями України.

Плідна взаємодія із громадським сектором (ГО МЦРЛ) та участь у проекті «Дитинство Без Насильства» дозволили впровадити в навчальний процес на післядипломному етапі новітні підходи у менеджменті насильства над дітьми та здійснити комплекс заходів із актуалізації цієї проблематики у навчальному процесі вишу та лікувальній роботі клініки. Зокрема, у вересні 2019 та 2020 року розроблено та проведено цикл тематичного удосконалення для лікарів «Медична

допомога дітям, які зазнали насильства, жорстокого поводження та нехтування» та у лютому 2020 року – «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (Bogutska, 2017). Під час занять із лікарями здійснено аналіз рівня самооцінки їх обізнаності із проблематикою жорстокого поводження з дітьми, що виявилась доволі недостатньою ($2,6 \pm 1,2$ бали з максимальних 5). Зокрема, до початку навчання 60% анонімно опитаних слухачів циклів тематичного удосконалення вважали себе взагалі необізнаними із питань насильства над дітьми, вірне визначення синдрому струшеної дитини давали лише 21,4% опитаних лікарів, а 57,1% взагалі не були обізнані щодо цього синдрому, ще гірше лікарі знали про комплекс заходів щодо попередження синдрому струшеної дитини і могли перерахувати в середньому лише $0,6 \pm 0,6$ із 4 методів його уникнення. Більшість опитаних лікарів, які вважали себе принаймні трохи обізнаними щодо питань жорстокого поводження з дітьми, не могли вказати на джерело їхньої обізнаності або вказували на її випадковість (власний досвід, інтернет, розповіді колег тощо), що свідчило про відсутність системного підходу до вивчення проблематики насильства на дітьми у процесі підготовки медичних кадрів. Задля ширшого розповсюдження інформації на базі клінічної бази «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» проводили освітні акції з питань профілактики дитячого травматизму та невідповідних травм для лікарів та батьків відділень лікарні: у відділеннях розклеєно тематичні постери, батькам дітей та лікарям роздано флаєри-пам'ятки з інформацією, чому не можна трясти дитину, та як запобігти різним типам дитячого травматизму вдома. Отриманий досвід дозволив у співпраці із ГО МЦРЛ розробити опитувальник із синдрому струшеної дитини для анонімного анкетування медичних працівників України.

Здобуті компетентності щодо тренерської майстерності з протидії насильству над дітьми дозволили якісно змінити підходи до навчального процесу. Під час занять із лікарями було впроваджено власно розроблені симуляційні сценарії та адаптовані кейси, присвячені синдрому струшеної дитини, використано елементи проблемно-орієнтованого навчання та можливості програми OpenLabyrinth для розгортання клінічного сценарію кейсу, за дозволу застосовано клінічні кейси реальних пацієнтів, представлених іноземними фахівцями у процесі тренінгового навчання з питань нехтування, фізичного та сексуального насильства над дітьми.

Здійснено аналіз анкетування лікарів для зворотного зв'язку ефективності навчання з питань жорстокого поводження з дітьми і на їх ґрунті актуалізовано внесення змін до занять.

Навчальні заняття проводили в онлайн-режимі за допомогою сервісу відеоконференцій Google Hangouts Meet, а всі матеріали циклу були розміщені на навчальній платформі Moodle з вільним доступом учасників до лекцій, додаткових матеріалів (книги, довідники, посібники, методичні розробки) та засобів тестування (Потабашній, 2017).

Отже, у процесі підвищення професійної викладацької майстерності педіатра важливою є взаємодія не лише із державним сектором, а із громадськими організаціями, залученими до питань захисту дітей. Проблематика жорстокого поводження, виявлення та реагування на випадки насильства над дітьми в педіатричній практиці залишається надзвичайно актуальною та потребує ширшого впровадження у навчальний процес як на до-, так і післядипломному етапах. Застосування сучасних інформаційних технологій дозволило підвищити мотивацію лікарів до активного вивчення та впровадження у практичну діяльність медичних аспектів питань протидії насильству над дітьми.

Список використаних джерел

1. Bogutska, N. K. (2017). Implementation Of The Topic "Child Abuse" At The Pediatric Education (Under The Project "Training Against Medical Error", Erasmus +) *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку): матеріали XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ (2)*, 161 <https://conference.tdmu.edu.ua/index.php/SPVMOU/2017-SPVMOU/paper/view/2044/0>

2. Потабашній, В. А., Степанов, Ю. М., Шендрик, Л. М., Косинська, С. В., Будзак, І. Я. (2017) Використання інформаційних технологій у навчанні лікарів на етапі післядипломної освіти. *Журнал "Гастроентерологія"* 51(4). <http://www.mif-ua.com/archive/article/45437>
UDC 616-057.87:37.091:004.9

THE USE OF MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES IN EXTRACURRICULAR ACTIVITY OF MEDICAL STUDENTS

Kushniryk O.

Candidate of Sciences in Biology, Teaching Assistant

<https://orcid.org/0000-0003-1001-6711>

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Ukraine

The paper highlights main features of using modern informational technologies in students' extracurricular activity on example of Scientific Circle. Participation of medical students in the Student's Scientific Circle gives an additional opportunity to develop not only as a doctor but also as a scientist, to make scientific discoveries under the guidance of an experienced supervisor. In addition, such extracurricular activity allows students to practice in the speaker skills, thereby encouraging themselves to self-improvement and development.

Key words: *extracurricular activity, scientific circle, information technologies, student's studying.*

The development of information technologies terms their role and use in education process. Open online courses and media education are becoming a global trend in the field of education [1]. The introduction of new learning technologies and their perfect mastery require a certain internal readiness of both teachers and graduates for serious changes that meet the conditions of a rapidly changing information society, especially in the pandemic period.

Successful student learning includes not only attending classes of compulsory or elective subjects, but also extracurricular activities, where students will be able to show their activity and develop their abilities, because they must actively acquire knowledge in various ways. Participation in a scientific circle or/and membership in scientific communities, such as the Student's Scientific Society (SSS), research group can be just one of these forms of active learning. In addition, it has been proven that students, who attend scientific circles or additionally perform research work, make more use of their adaptive abilities [2] and socialize also better.

The main vector of modern pedagogy progress is aimed at the development and implementation of new, more effective teaching methods.

The basis for the evolution of new methodology and teaching methods is the development of the students' mental abilities, which allows them with a certain amount of knowledge to navigate independently in the world of science and technology, to master new knowledge [3]. Thus, the main goal of the Scientific Circle is to develop students' cognitive skills, instill in them knowledge for independent choosing and study of scientific literature, the ability to draw conclusions and generalizations, to conduct research. Modern learning technologies allow the use of a wide range of multimedia tools in extracurricular activity that greatly facilitate the perception of educational material by students and help to remember it. This question becomes especially relevant when studying the theoretical foundations, which include the description of the object, its qualitative characteristics and morphological features. In addition, research work is an integral part and a prerequisite for the successful operation of higher education institutions [4], especially in the field of medicine. It gives the students an additional opportunity to develop not only as a doctor but also as a scientist, to make scientific discoveries under the guidance of an experienced supervisor, as well as to participate in scientific conferences, highlighting the results of their own research.

In the context of the modern concept of higher education in Ukraine and in the world, distance learning is becoming more widespread, designed to expand the boundaries of knowledge and make them available to the general public. As a result, distance learning is constantly evolving and improving, and removes barriers towards knowledge [5, 6]. The distance learning is constantly developing interdisciplinary fields where technology has become a significant catalyst and these fields become part of the mainstream education [7]. New technologies offer great flexibility in when, where and how to distribute teaching and acquiring knowledge offering flexible learning opportunities to individuals and group learners [8]. The problem of using the information and technological potential of computer technologies in full is a question of present interest. This issue becomes especially relevant during a pandemic, when it is necessary to maintain social distance and reduce the number of contacts to a minimum.

Quarantine has made its adjustments, so both practical classes and lectures, as well as extracurricular educational activities of students have been temporarily moved online. The challenge and future trends of distance learning are the opportunity to explore the place of distance learning in a wider world where culture and ideologies collide, where education and

employment are no longer stable and secure, where universities and colleges are under unprecedented pressure, and where a critical study of distance learning is needed to underpin its methods and mission [9]. An implementation of educational process online requires the use of computer technology and software, which have also recently been significantly improved [10].

During preparation for the performance at the scientific circle, the group members search interesting theoretical and illustrative material, gaining valuable experience in compiling a presentation and report to the general public. It helps to identify students capable of research and allows students to improve their ability to analytically perceive of professional information, the ability to represent it to the audience, ask and answer to questions in public [11].

Conclusions. Participation in the scientific circles gives students the opportunity not only to expand their horizons as future doctors, but also helps to gain practical skills in working with scientific literature, programs for creating quality multimedia content and forming a bright elements of visual expression. Therefore, a considerable attention should be paid to the design of multimedia presentations for better perception of educational material by students. To create such presentations, it is necessary to use thematic videos, high-quality graphics, etc.

References

1. Guraya, S. Y., Almaramhy, H., Al-Qahtani, M. F., Guraya, S. S., Bouhaimed, M., & Bilal, B. (2018). Measuring the extent and nature of use of Social Networking Sites in Medical Education (SNSME) by university students: Results of a multi-center study. *Medical education online*, 23(1), 1505400. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1505400>
2. Pennings, H. J. M., Brekelmans, M., Sadler, P., Claessens, L. C. A., van der Want, A. C., & van Tartwijk, J. (2017). Interpersonal adaptation in teacher-student interaction. *Learning and Instruction*, (55), 41–57. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2017.09.005>
3. Zafir, L.N. (2020). Contents of work of student scientific circle on the basis of Technical University. *Journal of Critical Reviews*, 7(2), 25-29. <http://dx.doi.org/10.31838/jcr.07.02.06>
4. Borota, A.V., Kukhto, A.P., Gerasimenko, Ye.A., Baziyan-Kukhto, N.K., Borota, T.A., Rotar, D.G., & Kondratenko, A.P. (2014). Organization of work of student scientific circle at the Department of general surgery in terms of

credit-modular system. *Ukrainian Journal of Surgery*, 2(25), 146-149. <https://doi.org/10.22141/1997-2938.2.25.2014.83114>

5. Kushniryk, O. V., Bulyk, R. Ye., & Vlasova, K. V. (2018). Conducting of webinars in biology experienced at Preparatory Department of BSMU. *Modern Achievements of Science and Education: Collection of articles of XIII International Conference*, September 6-13, 2018, Netanya, Israel: 22-25.

6. Leontyeva, I. (2018). Modern distance learning technologies in higher education: introduction problems. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 14(10). <https://doi.org/10.29333/ejmste/92284>

7. Bozkurt, A. (2019). From Distance Education to Open and Distance Learning: a holistic evaluation of history, definitions, and theories. In S. Sisman-Ugur, & G. Kurubacak (Eds.), *Handbook of Research on Learning in the Age of Transhumanism* (pp. 252-273). Hershey, PA: IGI Global.

8. Bušelić, M. (2012). Distance Learning – concepts and contributions. *Oeconomica Jadertina*, (1), 23-34.

9. Traxler, J. (2018). Distance learning – predictions and possibilities. *Education Sciences*, 8(1), 35. <https://doi.org/10.3390/educsci8010035>

10. Sadeghi, M. (2019). A shift from classroom to distance learning: advantages and limitations. *IJREE*, 4(1), 80-88. <https://doi.org/10.29252/ijree.4.1.80>

11. Polishchuk, I. (2017). Students' scientific circle of obstetrics and gynaecology. *Galician Medical Journal*, 24(2). <https://doi.org/10.21802/gmj.2017.2.16>

ВИВЧЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИМЕДІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

Мельник Н.

*к. мед. наук, доцент кафедри
терапевтичної стоматології*

**ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет»**

Однією з головних умов формування майбутнього фахівця вітчизняні учені розглядають розробку й використання сучасних мультимедійних технологій, а їх упровадження є виконанням одного з найважливіших

завдань сучасної освіти – управління процесом навчання. Вимоги сьогодення потребують від університетів досягнення якісно нового рівня способу подання навчального матеріалу, тому, окрім традиційних, вони впроваджують сучасні мультимедійні технології.

Нами розроблено навчально-методичний комплекс, який містить лекційні, практичні та самостійні заняття, і спрямований на підвищення ефективності вивчення терапевтичної стоматології іноземними студентами-стоматологами англомовної та російськомовної форм навчання через широке використання мультимедійних технологій.

Для проведення дослідження нами були виділені по дві групи англомовних та російськомовних студентів-стоматологів, однакові за кількісним складом та успішністю. в одній групі практичні заняття з терапевтичної стоматології на четвертому курсі у VIII семестрі проводилися традиційно, а також із застосуванням мультимедійних технологій, в іншій – лише традиційно. На кафедрі терапевтичної стоматології експеримент тривав протягом VIII семестру (при вивченні розділу „Захворювання тканин пародонта”).

У першій групі викладачі додатково до традиційного наочного навчального матеріалу (таблиці, нормативні документи, роздруковані завдання, рентгенограми тощо) мали мультимедійне оснащення. Структура заняття в цій групі виглядала наступним чином:

- здійснення контролю вихідного рівня знань із розв'язанням тестового завдання, після чого на екран виводилися еталони вірних відповідей;
- індивідуальне усне опитування, при якому студенти мали змогу задавати запитання, які вони не зрозуміли під час підготовки до заняття;
- розбір тематичних ситуаційних задач із демонстрацією на екрані фотографій тематичних пацієнтів;
- відпрацювання практичних навичок, для полегшення якого викладач давав алгоритм виконання тієї чи іншої навички з виведенням її на екран;
- перегляд відеофільму з теми заняття;
- тестовий контроль кінцевого рівня знань за темою, підведення підсумків, оголошення оцінок, настанови на наступне заняття.

Під час проведення занять із використанням мультимедійних технологій ми помітили, що активність студентів збільшується поступово. На першому занятті студенти експериментальних груп пожвавилися, але все-таки були стримані, а вже, починаючи з другого, – стали більш активно брати участь у навчальному процесі та звернулися з проханням отримати

копію навчального матеріалу. Студенти також вказали на зменшення напруження та підвищення концентрації уваги, що супроводжувалося поліпшенням настрою.

У контрольних групах викладачі констатували дещо напружену комунікацію зі студентами через їхнє недосконале знання мов, особливості вимови, національні відмінності в поведінці.

Викладачі експериментальних груп, своєю чергою, відмічали, що застосування сучасних технологій значно спрощує комунікацію викладача та студентів-іноземців, дає змогу збагатити зміст практичного заняття, поліпшити якість виконання практичних навиків та пришвидшити темп його проведення, тобто, якнайліпше й ефективніше використовувати навчальний час. Отже, використання мультимедійного супроводу створює більш комфортні умови для роботи студентів і викладачів.

Із метою виявлення стану засвоєння студентами знань після вивчення розділу було проведено тематичний модульний контроль, який складався з таких частин: тестовий контроль знань, контроль теоретичної і практичної підготовки. Отримані результати вказують на те, що в цілому відтворення навчальної інформації студентами експериментальних груп було більш повним та структурованим, вони швидше знаходили вірні відповіді та розв'язували ситуаційні завдання. Це призвело до підвищення успішності студентів.

Отже, використання мультимедійних технологій на заняттях із терапевтичної стоматології стимулює пізнавальну активність студентів, полегшує сприйняття нової інформації, сприяє успішнішому запам'ятовуванню матеріалу, заснованого на динамічних зорових образах, розвиває просторову уяву і вміння логічно мислити.

РОЛЬ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ТА СПІЛКУВАННЯ У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Ніцович І.

доцент

Семеняк А.

доцент

**Кафедра акушерства та гінекології
ВДНЗ «Буковинський державний
медичний університет», Україна**

У даних тезах висвітлена необхідність широкого переходу медичних вузів від дистанційного навчання до масового електронного навчання на онлайн-курсах, застосування систем дистанційного спілкування на платформі GoogleMeet. Проведено аналіз передумов для успішного переходу на даний вид навчання, завдання для переходу до курсів.

Ключові слова: дистанційне онлайн спілкування; електронне навчання; дистанційні освітні технології; сучасні інформаційні технології.

В умовах інфекційно-ізоляційного сьогодення актуально постає питання теоретичної і практичної підготовки сучасного студента та лікаря у вищому медичному навчальному закладі. І ці питання - чи можливо застосовувати повністю дистанційне навчання? Багато років лунають твердження, що заочного навчання в медичній галузі неможливе, не говорячи вже про дистанційне онлайн навчання та дистанційне онлайн спілкування.

Але прогрес не стоїть на місці. Вже в багатьох вищих медичних навчальних закладах існує багато років дистанційне навчання, яке динамічно розвивається і показує свою високу ефективність. Це не заміна освітніх технологій новими, а лише застосування нових дистанційних технологій при вивченні теоретико-практичних питань, навичок, самостійної роботи студентів, які не потребують знаходження в аудиторіях. [1, с.254; 2, с. 68–72].

Науковий та теоретичний рівень онлайн навчання пов'язані з пошуком шляхів підвищення якості, професійної підготовки сучасного лікаря. Це обумовлює необхідність перегляду технологій навчального процесу, впровадження інформаційних та дистанційних освітніх технологій.

Впровадження дистанційного навчання на сьогодні має велике значення в системі вищої медичної освіти, особливо в розширенні та поглибленні знань студентів-медиків. Для цього необхідно щоб кожен мав доступ до дистанційних навчальних систем незалежно від наявності мережі «Internet», місця з'єднання з інформаційним середовищем, і максимально використовував надані сучасні матеріали для покращання наявних знань та навичок.

Метою роботи було визначення напрямків покращання і вдосконалення навчального процесу з акушерства та гінекології, можливості застосовувати самостійне дистанційне навчання та онлайн спілкування.

Можливості сучасної медичної освіти пов'язані з доступністю отримання різних рівнів освіти, самоосвіти, які в нашому навчальному закладі застосовуються шляхом широкого доступу студентів та викладачів до сучасних інформаційних технологій дистанційного онлайн-навчання (інформаційна база кафедри акушерства та гінекології в системі MOODLE) та онлайн спілкування (через онлайн систему дистанційного спілкування на платформі GoogleMeet). Це забезпечує фундаментальну підготовку студентів та лікарів до сучасних потреб медицини. На сьогодні значну частину інформації студенти та лікарі «черпають» з сучасної мережі «Internet». Тому критерії навчального процесу необхідно систематично переглядати, відмовлятися від навчальних алгоритмів знань минулого, отримання знань безпосередньо в аудиторії чи з книжок.

Освітній процес на кафедрі здійснюється згідно з типовими навчальними програмами з акушерства та гінекології. в сучасних умовах ми здійснюємо навчання шляхом читання онлайн презентацій лекцій і дистанційного проведення практичних занять через онлайн систему дистанційного спілкування на платформі GoogleMeet. Велике значення для освоєння професії має також і домашня самостійна робота студентів. Вона є необхідною, контролюється викладачем та оцінюється протягом всього заняття в залежності від виконання різних її типів [2, с. 68–72].

Для формування у майбутнього лікаря алгоритму безперервної самоосвіти, вимагає від викладача розвитку студентів потреб у навчанні, засвоєнні нових знань, практичних навичок. Пошуковою роботою студенти займаються при опрацюванні навчально-методичної та довідкової літератури, що вимагає самоконтролю, систематизації знань, вмінь та навичок.

При впровадженні в освітній процес різних нових методів навчання головними критеріями повинні бути інформативність та легкість засвоєння відповідно до поставленої мети, спрямованими на реалізацію активного навчання. Стандартизація, нормативні критерії дистанційного навчання повинні враховувати набуту практику, міжнародний досвід.

Викладачами кафедри складено методичні рекомендації (у системі дистанційного навчання MOODLE), якими самостійно вдома оволодівають студенти, з використанням наочних посібників, схем, таблиць, малюнків, відеопрезентацій. Контроль знань здійснюється на занятті шляхом усного опитування, вирішення тестових ситуаційних завдань через онлайн систему дистанційного спілкування на платформі GoogleMeet.

Впровадження у навчальний процес нових інформаційних технологій на законних підставах зводиться до Положення про дистанційне навчання (наказ від 25.04.2013 р. № 466 зі змінами від 14.07.2015 р., наказ № 761). При розробці навчальних планів та програм основною вимогою є втілення існуючих форм дистанційних навчальних технологій, узаконення їх відповідності вимогам державних освітніх стандартів, забезпечення якості освіти [1, с.254; 2, с. 68–72].

Для дистанційного навчання краще використовувати модульний принцип організації навчального процесу. Студенти займаються більше самостійно, тому навчання неможливе без добре підготовлених навчальних курсів забезпечених якісними навчальними матеріалами. Враховуючи те що дистанційний курс розрахований на взаємодію викладача зі студентами, то вимоги до принципів відбору, організації, структурування матеріалу, контроль будуть визначатися особливостями цієї взаємодії [2, с. 68–72].

За даними ряду авторів [3, с. 66-69; 4, с. 423–425], перевагами дистанційного навчання є: модульність (модульний принцип в основі програми навчання); гнучкість (кожен вчиться за своїм темпом, особистими можливостями і потребами); нова роль викладача (планування, координація, корекція навчального процесу, часу і розкладу занять, консультування, індивідуальний навчальний план); використання сучасних технологій навчання, засвоєння практичних вмінь та навичок; створення комфортних продуктивних умов навчання; самоконтроль набутих знань, творчість, саморозвиток; освіта студентів з обмеженими фізичними можливостями.

Недоліки дистанційного навчання: відсутність «живого» спілкування між викладачем і студентом, між колегами, виключає можливість дискусій, обговорення набутих знань; відсутність мотивації до самостійного навчання; неможливість виявлення незрозумілих питань; не виключення ситуацій переключення на “цікавіші” за навчання розваги; відсутність практичних занять.

Дистанційне навчання потребує від студентів високого рівня мотивації, самоконтролю, самодисципліни, сприяє активізації пізнавальної діяльності та позитивно впливає на динаміку навчання. Студенти самостійно опрацьовують теоретичний матеріал в системі дистанційного навчання MOODLE. Контроль навчання на занятті проводиться шляхом використання тестового контролю знань в системі дистанційного навчання MOODLE з автоматичною системною перевіркою

тестів, можливість переглянути невірні відповіді, з поясненням викладача, обговоренням та аналізом отриманої клінічної картини, поясненням механізмів їх виникнення, напрямками лікування.

У даний непростий інфекційно-ізоляційний час створені передумови для переходу від аудиторного навчання студентів медичних вузів України до дистанційного електронного навчання та спілкування в системі на платформі GoogleMeet, особливо на етапах, що не потребують обов'язкової присутності на очному занятті, при читанні лекцій.

Практичний досвід створення і використання в навчальному процесі електронних ресурсів, контролю результатів навчання, технологій мережевого спілкування є основою для вирішення актуальних завдань розвитку освіти у вузах, таких, як: формування електронних онлайн-курсів, розвиток вузівської системи електронного навчання та атестації.

Впровадження онлайн навчання дозволяє: урізноманітнити методи подання інформації, підвищити рівень доступності подання інформації; спростити процес контролю кінцевого рівня знань; здійснити диференціацію та індивідуалізацію навчання; надати вільний доступ до навчальних матеріалів, підвищення рівня знань та зацікавленості предметом; урізноманітнити форми навчання.

Список використаних джерел

1. Кравченко, О. І. (2012). *Управління розвитком дистанційного навчання у педагогічному університеті* : дис. ... кандидата пед. наук: 13.00.06. Луганськ, ЛуганПУ імені Т. Шевченка.

2. Григоришин, П. М. (2013). Дистанційні технології навчання: досягнення, проблеми та перспективи розвитку, *Вісник проблем біології і медицини*. 2 (100). 68–72. Вилучено з https://elibrary.ru/elibrary_20413099.pdf.

3. Дівнич, Т. Я. (2015). *Дистанційна форма навчання у вищому навчальному закладі як одна із технологій організації навчального процесу*. *Вісник проблем біології і медицини*, 1(117). 66–69. Вилучено з http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Vpbm_2015_1_13.pdf.

4. Дащук, А. М. (2014). Дистанційна форма навчання на післядипломному етапі підготовки лікарів: реалії та перспективи. Досягнення і перспективи впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України: матеріали Всеукр. навчально-наукової конференції з міжнар. участю (с. 423–425). Тернопіль, 15–16 травня, 2014. (2).

З ДОСВІДУ ВІДДАЛЕНОГО ВИКЛАДАННЯ МЕДИЧНОЇ НАУКИ

Рашиді Б.

*асистент кафедри нейрохірургії,
травматології та ортопедії з ЛФК, лікар-
нейрохірург вищої категорії*

**Державний заклад «Луганський
державний медичний університет»,
Україна**

У статті розглядаються питання організації дистанційного навчання для студентів-медиків, описано отриманий власний досвід кафедри нейрохірургії, травматології та ортопедії з ЛФК Державного закладу «Луганський державний медичний університет». у пошуках максимально ефективних шляхів вирішення проблем «дистанції» автор надає можливі варіанти вирішення питань організації віддаленої комунікації викладачів зі студентами.

Ключові слова: *дистанційний курс, тьюторинг, дистанційна комунікація, self-тренінг, комплексний контроль.*

Виклики сьогодення призвели практично до повного переформатування підходів до освітньої складової (теоретичної) підготовки лікарів. Віртуальне навчання, он-лайн заняття, дистанційна комунікація, інтерактивність он-лайн, тьюторинг тощо [1-6] – терміни, здавалося б, ще рік тому не сумісні з медичною освітою. Наразі ці поняття, що стали дійсною проблемною реальністю для викладачів та здобувачів медичної освіти.

З березня 2020 року кожна кафедра кожного закладу вищої медичної освіти спрямовує всі зусилля на те, щоб якомога швидше переналаштуватися на дистанційне викладання дисциплін. Так, кафедрою нейрохірургії, травматології та ортопедії з ЛФК Державного закладу «Луганський державний медичний університет» на екстреному позачерговому засіданні були визначені основні засади, втілення яких повинно забезпечити максимальну результативність дистанційного тьюторингу: системність, дистанційна комунікація (створення он-лайн класів, інтерактивні лекції, змішана реальність спілкування з хворими в системі), ресурсне забезпечення, активний та ємкий self-тренінг, комплексний контроль.

На практиці ці принципи виявилися цілком втілюваними, хоча і досі викликають певні питання та проблемні моменти.

По-перше, перехід на дистанційну форму навчання автоматично змінив статус викладача на тьютора. Для студентів процес навчання став більш орієнтованим на самостійне опанування матеріалу. Перед викладачем дистанційний тьюторинг поставив завдання створити умови, оптимальні для здобувачів освіти на шляху засвоєння інформації. у розуміння поняття «*дистанційний тьюторинг*» викладачами кафедри було закладено, перш за все, створення віртуальної навчальної кімнати (дистанційний курс) з оптимальним ресурсним забезпеченням та постійно діючої консультативної допомоги. На період дистанційного навчання були створені навчальні курси в системі GoogleClassRoom. Це дозволило викласти весь необхідний навчально-методичний матеріал від календарно-тематичних планів до електронних підручників. Обов'язковою частиною віртуального навчання стали відеоресурси, доступні в мережі Інтернет. Обтяжливо, що відеозаписи оперативних втручань наявні переважно англійською мовою, однак з урахуванням обов'язковості для студентів-медиків володіння англійською мовою, це не повинно створювати перешкод. з метою допомогти студентові зорієнтуватися в стрімкому інформаційному потоці викладачі мають змогу викласти в Класрумі власні тематичні PowerPoint презентації теоретичного матеріалу узагальнюючого характеру.

Також вагомою складовою такого типу навчання є активний та ємкий *self-тренінг*. Для цього викладачі пропонують студентам онлайн тренування з використанням тестової бази, завантаженої через Google-форми (BlankQuiz) та доступної через призначені в Класрумі посилання, а також рекомендують опрацювання інших баз тестів, наявних в мережі.

Технічні можливості Класруму дозволяють збільшити інтерактивну складову навчального процесу через забезпечення системності *дистанційної комунікації*. Оскільки Класрум, прив'язаний до Google облікового запису викладача, усі повідомлення надходять до телефону, навіть, якщо викладач не працює в даний момент за комп'ютером. Це дозволяє студентові протягом робочого дня ставити запитання та оперативно отримувати на них відповіді. Додаткове консультування проводиться також в чатах Viber, WhatsApp, email-листуванні тощо. Змінився і формат лекцій. Для забезпечення результативності, дистанційна лекція в системі Zoom повинна бути максимально

інформативною, ємкою та цікавою, з обов'язковим візуальним супроводом та виключною інтерактивністю.

Набуття практичних навичок спілкування та огляду хворих студентами цілком можливе через використання елементів пілотного проекту «Телемедицина» для забезпечення прямої передачі медичної інформації в різних форматах (історія хвороби, дані лабораторних досліджень, рентгенівські знімки та результати КТ, МРТ, УЗД тощо), а також відео конференц-зв'язку в режимі реального часу між лікарем і пацієнтом.

Очевидно, що основною серед проблем дистанції, виявилася проблема контролю навчання та оцінювання якості засвоєння матеріалу. Відсутність контактного контролю в аудиторії усунула додаткову мотивацію та спровокувала в студентів виникнення проблем з самоорганізацією. Однак, чіткий графік виконання певних видів завдань дозволяє викладачеві зорганізувати студента та забезпечити системність його роботи. Наприклад, цей результат може досягатися через встановлення часових обмежень для виконання тестів, індивідуальних практичних завдань тощо. Надсилання студентами виконаних робіт через свій кабінет, оцінювання і коментування цих робіт викладачем в Класрумі створює умови для прозорості й об'єктивізації процесу дистанційного навчання. Об'єктивність підсумкових контролів досягається через індивідуальні конференц-співбесіди.

Висновки. Дистанційне навчання ставить перед медичними навчальними закладами багато викликів. Дистанційна підготовка лікарів – процес складний та суперечливий. Однак, в умовах крайньої необхідності більшість складових навчання може бути забезпечена у віддаленому доступі, хоча і потребує максимальної відповідальності та самоорганізації.

Список використаних джерел

1. Швидкий, О. В., Хадикіна, О. А., Малиновська В. С. (2012). Використання інформаційних технологій у навчальному процесі та створення електронного підручника. *Медична освіта*, (4), 144-147.
2. Манюк, Л. (2016). Комп'ютеризація у вищій медичній освіті США та України. *Збірник наукових праць "Information echnologies in Education & quot; (ITE)"*, (27), 222-232. <https://doi.org/10.14308/ite000596>
3. Климнюк, В. Є. (2018). Віртуальна реальність в освітньому процесі. *Збірник наукових праць Харківського національного університету*

Повітряних Сил, (56), 207-212. <https://doi.org/10.30748/zhups.2018.56.28>

4. Masic, I. Pandza, H. Toromanovic, S. Masic, F. Sivic, S. Zunic, L. Masic, Z. (2011). Information Technologies (ITs) in Medical Education. Acta informaticamedica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : Casopis Drustva za Medicinsku Informatiku BiH , (19), 161-167. <https://doi.org/10.5455/aim.2011.19.161-167>.

5. Що означає це поняття – «Телемедицина», як вона працює у світі та в Україні, які нові можливості відкриває лікарям? Retrieved from: <https://medinet.com.ua/telemedytsyna-y-sviti>.

6. Telemedicine – Online Consultation with Doctors Based in Switzerland. Retrieved from: https://www.googleadservices.com/pagead/aclick?sa=L&ai=DChcSEwiA3vfsrpDsAhWT3BgKHYuZB4kYABAAGgJsZQ&ohost=www.google.com&cid=CAESPuD2Pui-Mk8tga7nBEDgBN38TqDInotGUdchKx1D3XFi3qwSzkkyXkVrjzbbZId-SWbhKaZqeQ-WvVqH-RS3&sig=AOD64_28hN2x6tWWIUaATHdJL32cyiGs_w&q&adurl&ved=2ahUKEwi8oe7srpDsAhWptIsKHxAdV4Q0Qx6BAgfEAE

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Сливка Н.

к.мед.н., асистент

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

<https://orcid.org/0000-0001-6286-5964>

Лукашів Т.

к.фіз-мат.н., доцент

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, Чернівці, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-1651-6402>

У статті висвітлюються можливості застосування штучного інтелекту в системі медичної освіти. Розглядаються основні завдання, які може вирішити штучний інтелект – допомога у вступній кампанії, оптимізація навчальних програм, аналіз успішності студентів, тощо. Приведені приклади нині функціонуючих програмних забезпечень та проектів на

основі штучного інтелекту, які успішно апробуються у багатьох країнах світу. Обґрунтовуються доцільність та переваги впровадження засобів машинного навчання у медичній освіті в розрізі необхідності відповідати на вимоги швидкого темпу розвитку сучасних медичних наукових досягнень.

Ключові слова: штучний інтелект, медична освіта, інтерактивні освітні системи.

Сьогодні у всьому світі швидко зростає застосування штучного інтелекту, *artificial intelligence* (AI), в галузі охорони здоров'я. Технології, засновані на AI, будуть визначати напрямки розвитку медицини майбутнього. Штучний інтелект (AI), або імітація комп'ютерами людського мислення, являє собою програмне забезпечення для машин, що імітує інтелектуальну діяльність - міркування, сприйняття, здатність узагальнювати та вчитися на досвіді. Медицина і охорона здоров'я вже сьогодні вважаються одними із стратегічних та перспективних областей з точки зору ефективного впровадження AI [1]. Використання AI може масово підвищити точність діагностики, полегшити життя пацієнтам з різними захворюваннями, підвищити швидкість розробки і випуску нових ліків і т. д. Мабуть, найбільшим і найвідомішим прикладом застосування AI в медицині є американська корпорація IBM та її когнітивна система IBM Watson. Спочатку систему почали навчати, а потім застосовувати в онкології, де IBM Watson вже тривалий час допомагає ставити точний діагноз і знаходити ефективний спосіб лікування для кожного пацієнта. Метод машинного навчання володіє величезним потенціалом у галузі розпізнавання та аналізу текстів, зображень, відео та голосових повідомлень. Єдиною складністю в цьому плані можна назвати потребу у великій кількості вихідних даних для аналізу та потужного матеріально-технічного і кадрового забезпечення. Так, для навчання AI у проекті компанії *IBM Watson* було проаналізовано 30 млрд. медичних знімків, для чого корпорації IBM довелося придбати компанію *Merge Healthcare* за 1 млрд. дол. До цього треба також додати 50 млн. анонімних електронних медичних карт, які IBM отримала в своє розпорядження, купивши стартап *Explorys* [2]. Зараз активно розробляються і впроваджуються засоби AI, що діагностують рак шкіри,

аналізують дані ЕКГ та рентгенівських знімків, визначають рівні цукру крові пацієнтів та навіть передбачають його добові коливання.

Реальністю наших днів є такий формат медичної практики, де панує рівноцінне партнерство між лікарями, пацієнтами та машинами. Оскільки AI буде впливати на всі аспекти системи охорони здоров'я, то можна передбачити також і появу нових ролей для медичних працівників, нових спеціальностей, що будуть потребувати відповідної освіти.

Медичні освітяни цілого світу дотримуються думки, що перезавантаження медичної освіти повинно відбуватися у напрямку переходу цілей навчальної програми від набуття знань до акценту на управління знаннями та комунікацію. Така оптимізація є необхідною для вирішення нових завдань 21 століття, особливо зростаючого об'єму інформації, доступної для обробки AI, у медичній практиці. Сьогоднішні студенти і майбутні лікарі незабаром на собі відчують усі переваги та недоліки використання AI в медицині.

З досягненнями в галузі штучного інтелекту в освіті (AIEd) та постійно зростаючим масштабом інтерактивних освітніх систем (IES), підхід, керований даними, став загальним рецептом для різних проблем, таких як відстеження знань та рекомендації щодо шляху навчання. На жаль, збір реальних даних про взаємодію студентів із IES часто є складним завданням, що обумовлено відсутністю відкритих баз даних, що відображають широкий спектр поведінки студентів у сучасних IES. Хоча декілька баз даних, такі як ASSIS Tments, Junyi Academy, Synthetic та STATICS, є загальнодоступними та широко використовуються, вони не є достатньо великими, щоб використати весь потенціал сучасних моделей AI, і мають обмежений перелік показників для аналізу. з цією метою нещодавно була створена база даних EdNet, що містить великомасштабний і ієрархічний набір різноманітних студентських дій в IES за умов дистанційного навчання. Дані були зібрані упродовж двох років компанією *Santa*, мультиплатформною сервісної програми з AI, доступною через Android, iOS та Інтернет [3].

EdNet містить 131 441 538 взаємодій від 784 309 студентів, зібраних у Кореї протягом понад 2 років, і є найбільшою серед усіх баз даних IES, оприлюднених на сьогоднішній день. На відміну від решти, EdNet пропонує широкий спектр студентських дій, починаючи від вирішення

онлайн тестових завдань і закінчуючи опрацюванням лекцій та придбанням підручників, методичних вказівок та іншого навчального приладдя. Крім того, EdNet має ієрархічну структуру, де дії студентів поділяються на 4 різні рівні абстракцій. Особливості EdNet є агностичними щодо доменів, що дозволяє легко розширити EdNet до різних доменів. Набір даних публікується під науково-дослідною ліцензією *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International* [3]. Розробники планують прийняти виклики в багатьох завданнях AIEd з EdNet, щоб забезпечити спільну основу для справедливого порівняння між різними сучасними моделями та заохотити розробку практичних та ефективних методів навчання в медичній освіті. Дані цієї бази є у вільному доступі і відкриті для всіх дослідників, які можуть використовувати їх для вирішення актуальних завдань модернізації та оптимізації медичної освіти.

Наприклад, автори дослідження «*Artificial Intelligence in Higher Education. Current Uses and Future Applications*» (*Learning House, 2018*) відзначають, що AI знаходить застосування у самому широкому спектрі завдань освітнього процесу. Вчені виділяють 4 основні групи завдань: це 1) відбір та прийом студентів, 2) прискорене навчання, 3) студентські задачі, 4) оптимізація та адаптація навчальних програм [4].

В оптимізації набору і прийому студентів, а також в процесі первинної адаптації застосовуються чат-боти. Чат-бот AdmitHub, обладнаний AI, успішно консулює американських абітурієнтів з питань прийому та вступу, розповідає про умови оплати навчання [5].

Прискорення навчання і підвищення якості знань можливі із застосуванням різноманітних тренажерів. Наприклад, медична система Shadow Health імітує симптоми хвороб, навчаючи лікарів-діагностів [6]. Платформа M-Write оцінює залишкові знання студентів і заодно вчить користувачів правил академічного письма [7]. Штучний інтелект бере на себе обов'язки наставника в проєкті MATHiaU: машинний тьютор пояснює ази математики студентам, які відчують проблеми в навчанні [8].

Найбільшим успіхом зазвичай користуються продукти, розроблені EdTech-стартапами вузів, як комерційні розробки, в створенні яких приймали активну участь як викладачі, так і студенти.

Серед можливостей AI в системі освіти також формування рейтингових списків, аналіз особистої динаміки навчання, ідентифікація проблемних місць програми та індивідуальна оптимізація програми з урахуванням персональних потреб та особливостей навчального стилю студента.

Активне впровадження засобів AI в медичну освіту допоможе покращити якість засвоєння знань та сформувати сучасного клініциста, готового до роботи в умовах інформаційно-технічної епохи.

Список використаних джерел

1. Imran, N., Jawaid, M. (2020). Artificial intelligence in medical education: Are we ready for it? *Pak J Med Sci.* Jul-Aug; 36(5): 857–859. doi: [10.12669/pjms.36.5.3042](https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3042)

2. Гусев, А. В., Добридюк, С. Л. (2017). Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении. Информационное общество, (4-5), 78-93.

3. Choi, Y., Lee, Y., Shin, D. et al. (2020). EdNet: A Large-Scale Hierarchical Dataset in Education. [arXiv:1912.03072](https://arxiv.org/abs/1912.03072)

4. Черносотенцев, В. (2019). Применение искусственного интеллекта в высшем образовании: большие перспективы и неоднозначные последствия. *ЛибИнформ.* URL: <http://libinform.ru/read/articles/Primenenie-iskusstvennogo-intellekta-v-vysshem-obrazovanii/>

5. Coiera, E. The fate of medicine in the time of AI.(2018). *Lancet (London, England)*. 392(10162), 2331–2332.

6. Obermeyer, Z., Emanuel, E. J. (2016). Predicting the future—big data, machine learning, and clinical medicine. *N Engl J Med*, 375(13), 1216–1219.

7. Wartman, S. A., Combs, C. D. (2018). Medical education must move from the information age to the age of artificial intelligence. *Acad Med*, 93(8), 1107–1109.

8. Masters, K. (2019). Artificial intelligence in medical education. *Med Teach*, 41(9), 976–980.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДИСТАНЦІЙНОГО ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ НА КАФЕДРІ МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

Волосовець А.

Професор

<https://orcid.org/0000-0002-5225-1480>

Зозуля І.

Професор

Боброва В.

Професор

НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна

Розглянуто нові методики викладання за дистанційною формою навчання для слухачів на кафедрі медицини невідкладних станів.

Ключові слова: дистанційна освіта, медицина невідкладних станів, післядипломне навчання, епідемічна небезпека, COVID-19.

Мета роботи: розробити алгоритм покращення методик викладання за дистанційною формою навчання для слухачів на кафедрі медицини невідкладних станів з огляду на рівень епідемічної небезпеки.

Основна частина. За умов несприятливого епідемічного стану навчання на кафедрі медицини невідкладних станів згідно Постанови Кабінету Міністрів України № 641 [1], листа МОН України № 1/9-154 та наказу НМАПО імені П. Л. Шупика № 1304 відбувається з використанням дистанційної форми освіти. Для цього співробітники кафедри розробили спеціалізований алгоритм проведення курсу тематичного удосконалення, який включає в себе надання слухачам доступу до «cloud-серверу» із завантаженням туди цифровим лекційним та практичним матеріалом, викладеним в обмеженому доступі для зареєстрованих на циклі слухачів. Паралельно із наданням навчально-методичного матеріалу для слухачів проводяться відеолекції за планом навчання з використанням платформи-сервісу «Google Meet». Подібний оптимізований алгоритм проведення навчального процесу продемонстрував низку переваг в аспекті зростання зручності освітнього процесу для викладачів та слухачів, та зменшення контактів і, відповідно, можливого зростання ризику контамінації під час епідемічної загрози від пандемії COVID-19. Такий формат освітнього процесу забезпечує всебічне та навчання лікаря без відриву від лікувальної роботи.

Висновок. Оптимізація алгоритмів реалізації дистанційного навчання шляхом включення в навчально-педагогічний процес сучасних цифрових платформ та «хмарних» цифрових сервісів та забезпечення наповнення веб-ресурсів сучасним та конкурентним контентом дають викладачам академії можливість адаптувати навчальний процес до нових реалій та забезпечити високий рівень якості післядипломної медичної освіти для лікарів з медицини невідкладних станів.

Список використаних джерел

1. Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (Постанова Кабінету Міністрів України). № 641 від 22 липня 2020 р. Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/641-2020-%D0%BF#Text>.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ КАРАНТИНУ НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ НМАПО ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Біда В.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри

Дорошенко О.

д. мед. н., професор, професор кафедри

Радько В.

к. мед. н., доцент, доцент кафедри

Клочан С.

к.мед. н., доцент, доцент кафедри

Оснач Р.

к.мед. н., доцент кафедри

Паливода І.

к.мед. н., доцент

Омельяненко О.

к. мед. н., доцент, доцент кафедри

**Кафедра ортопедичної стоматології ІС
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна**

У зв'язку з запровадженням карантину на території України від 12 березня 2020 року, з метою запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19 у НМАПО імені П. Л. Шупика гостро виникла потреба

у запроваджені дистанційної форми навчання для слухачів різних циклів [1].

Постановою Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211, було вирішено запровадити карантин по всій території України з 12 березня 2020 р., заборонивши відвідування закладів освіти її здобувачами [1].

У період від 12 березня відповідно до наказу № 1304 від 11.03. 2020 р. Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, беручи за основу постанову Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211 та листа МОН України від 11.03.2020 № 1/9-154 та з метою запобігання поширенню коронавірусу COVID-19 у НМАПО імені П. Л. Шупика було оголошено карантин та переведення на дистанційну форму навчання слухачів різних циклів [2].

У зв'язку з переведенням навчального процесу на дистанційну форму в умовах карантину постало нагальне питання в оволодінні комп'ютерних програм та додатків.

Зокрема, викладачами кафедри ортопедичної стоматології Інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика, проводилися заняття за допомогою програм та додатків Skype, Zoom, GoogleClass на циклах спеціалізації та стажування зі спеціальності «Ортопедична стоматологія», циклах тематичного удосконалення: «Незнімне протезування», «Знімне протезування», «Актуальні питання ортопедичної стоматології. Комплексна терапевтична, хірургічна та ортодонтична підготовка до протезування», додалися розроблені на пропозиції слухачів – «Сучасні цифрові алгоритми планування дентальної імплантації, протезування та використання CAD/CAM технології в ортопедичній стоматології», «Дентальна імплантологія», «Сучасні методи лікування та профілактики стоматологічних хворих із застосуванням ортопедичних заходів», «Ортопедичне лікування стоматологічних хворих з використанням дентальної імплантації», «Естетичне протезування в ортопедичній стоматології», «Комплексне лікування захворювань пародонта із застосуванням ортопедичних заходів».

Висновки: Отже, проведення навчального процесу на кафедрі ортопедичної стоматології Інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика за дистанційною формою навчання, в умовах карантину, з використанням комп'ютерних програм та додатків таких як: Skype, Zoom, Google Class, дають можливість ефективно надавати слухачам інформаційний матеріал лекційних та семінарських занять, а також

контролювати якість засвоєного матеріалу. Давати методичні розробки, літературні джерела в зручному форматі для опрацювання.

Список використаних джерел

1. Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19 (Постанова Кабінету Міністрів України). № 211 від березня 2020 р. (2020). Вилучено з <https://www.kmu.gov.ua/nras/pro-zarobigannya-poshim110320rennyu-na-teritoriyi-ukrayini-koronavirusu-covid-19>

2. Про оголошення карантину в НМАПО імені П. Л. Шупика (Наказ НМАПО імені П. Л. Шупика) №1304 від 11.03.2020 р. Вилучено з <https://nmapo.edu.ua/n/n/5968-nakazom-1304-vid-11032020-r>

ВИКОРИСТАННЯ MS TEAMS ДЛЯ ДИСТАНЦІЙНОГО ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ

Строїтелева Н.

доцент кафедри

<https://orcid.org/0000-0002-1160-995X>

Дмитрієв В.

асистент кафедри

<https://orcid.org/0000-0001-9941-370X>

Іванькова Н.

доцент кафедри

<https://orcid.org/0000-0002-1011-746X>

***Кафедра клінічної фармації,
фармакотерапії, фармакогнозії та
фармацевтичної хімії, Запорізької
державний медичний університет,
Україна***

Запропонований підхід до викладання лекційного матеріалу для студентів медичного вишу в умовах дистанційного навчання під час карантину. Пропонується застосування режиму відеоконференцій на базі сервісів інтрамережі MS Office 365. Показано, що ключовим елементом побудови взаємодії лектора із аудиторією є використання

інформаційних технологій, що забезпечують віддалений доступ студентів до навчального контенту.

Ключові слова: інформаційні технології, дистанційне навчання, онлайн-сервіс, хмарні технології, середовище MS Office 365, додаток MS Team, додаток MS Stream.

В умовах карантину з приводу COVID 19 одним з пріоритетних завдань закладів вищої освіти України є впровадження в навчальний процес сучасних освітніх інформаційних технологій. у зв'язку із переведенням здобувачів освіти на дистанційну форму навчання [1]. використання сучасних освітніх онлайн-сервісів повинно забезпечити отримання та засвоєння студентами необхідних знань та компетентностей, передбачених освітньо-професійними програмами. в ЗДМУ різні види онлайн-навчання успішно використовуються з 2003 року, але вперше вони пройшли випробування на міцність та ефективність у масових масштабах: майже 14 тисяч здобувачів вищої освіти були одночасно переведені на дистанційну форму навчання.

Метою цього дослідження є аналіз досвіду авторів щодо впровадження у лекційний процес гнучких та інформативних методів подачі навчального лекційного матеріалу завдяки використанню технологій MS Office365, зокрема додатків MS Teams та MS Stream.

Сервіс MS Teams – це універсальна програма для колективної роботи, яка дозволяє викладачу спілкуватися зі студентами в режимі реального часу, проводити онлайн-заняття, пропонувати студентам завдання для виконання та здійснювати поточний контроль знань студентів за допомогою завдань чи тестів – усе в одному розташуванні [2]. Такий сервіс полегшує управління навчанням, зокрема він дозволяє навчальній групі комунікувати та обмінюватися файлами. Програма об'єднує все в спільному робочому середовищі, яке містить чат для обговорень, файлообмінник та корпоративні програми (MS Office 365) [3]. Базовим поняттям у MS Teams є команда – це всі учасники, розмови, файли й інструменти в одній робочій області. Створивши одну чи кілька команд, можливо наповнювати простір команди матеріалами, які створюються або відразу тут, у Teams, або завантажуються з комп'ютера, бібліотеки, тощо.

Функціональні можливості MS Teams також дозволяють проводити заняття та консультації в онлайн-режимі за допомогою відеозв'язку та надавати доступ до відеозапису заняття за допомогою сервісу MS Stream у будь-який час. Студенти також можуть користуватися мобільними додатки MS Teams та Stream у своїх смартфонах чи планшетах.

Під час тривалого карантину навесні 2020 року викладачі ЗДМУ читали лекції онлайн, використовуючи кафедральні комп'ютери з відеокамерою і мікрофоном або комп'ютерні класи кафедри медичної та фармацевтичної інформатики і новітніх технологій (МФІ і НТ). Новий дистанційний формат проведення лекцій вимагав нових підходів до самої процедури проведення заходу. Тому на кожній кафедрі були призначені модератори – співробітники, що відповідали за якість проведення відео - лекцій. Головна задача модератора – якісна організація і підготовка лекції, технічна та програмна підтримка під час її проведення.

Для виконання цієї задачі модератор повинен заздалегідь створити в календарі додатку MS Teams (під акаунтом лектора) канал для лекції, в якому призначити дату та час проведення заходу, назву дисципліни та тему лекції. Для того, щоб студенти мали посилання на створений захід та канал зв'язку, модератор повинен заповнити спеціальну форму для створення журналу лекцій у MS Teams, розміщену на сайті дистанційної освіти ЗДМУ <http://dl.zsmu.edu.ua/>. Після цього відповідальний співробітник кафедри МФІ і НТ розміщує посилання на лекцію у розклад занять з онлайн навчання на сайті ЗДМУ.

В аудиторію для проведення лекції модератор повинен прийти не менш, ніж за 30 хвилин до початку лекції, перевірити працездатність технічних приладів та програмних додатків. Перед початком лекції модератор повідомляє студентів про правила поведінки під час лекції, про заборону будь - якого впливу з боку студентів на процес проведення лекції. Протягом лекції модератор має можливість контролювати присутність та поведінку студентів, вимикати мікрофони слухачів.

Для проведення відеозв'язку під час дистанційних лекцій викладачі мали можливість використовувати ресурси MS Teams або Skype for business. Для студентів це був найпростіший і найзрозуміліший формат підключення. Після більшості лекцій студенти мали змогу поставити питання і отримати відповіді від лектора. Під час проведення лекції

виконувався її автоматичний відеозапис, доступ до якого всі учасники зібрання мали у будь-який час після завершення лекції у додатку MS Stream.

Всі модератори пройшли попереднє навчання на кафедрі МФІ і НТ з приводу підготовки до проведення дистанційних занять – прослухали лекції, навчилися створювати відповідні заходи, канали зв'язку, заповнювати форми в журналі лекцій, виконувати підключення тощо. Завдяки злагодженій роботі модераторів більшості кафедр університету та співробітників кафедри МФІ та НТ був створений дистанційний зв'язок з усіма студентами: кожен отримував запрошення до лекції на визначений день і час одразу трьома каналами – в особистий кабінет, на електронну пошту і у календарі MS Office 365. Розклад лекцій оновлювався щодня, активні посилання на підключення спрощували для студентів процес приєднання до лекцій, а всі лектори мали можливість якісно готуватись до заходу, не відволікаючись на технічні питання.

Ми вважаємо, що використання сервісів MS Teams для взаємодії між викладачем та студентами є досить зручним та сучасним інструментом в умовах дистанційного навчання під час карантину та дозволяє студентам успішно засвоювати навчальний матеріал.

Список використаних джерел

1. Щодо особливостей організації освітнього процесу під час карантину. URL: http://www.osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/72042 (дата звернення: 05.10.2020).

2. Початок роботи з Microsoft Teams. URL: <https://support.office.com/uk-ua/article/ласкаво-просимо-до-microsoft-teams-b98d533f-118e-4bae-bf44-3df2470c2b12> (дата звернення: 05.10.2020).

3. Організація навчання в Microsoft Teams. URL: <http://i-math.com.ua/vsikt/organizaciya-navchannya-v-microsoft-teams> (дата звернення: 05.10.2020).

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ ПРИ ЗМІШАНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ

Трефаненко І.

доцент

<http://orcid.org/0000-0002-7751-9412>

ВДНЗ України Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Гречко С.

доцент

<https://orcid.org/0000-0003-0660-334X>

ВДНЗ України Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Соловйова О.

асистент

<https://orcid.org/0000-0002-3758-5925>

ВДНЗ України Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, Чернівці

Швидко впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у освітній процес сприяє розвитку нових перспектив в безперервному професійному розвитку фахівця будь-якої професії. з огляду на умови праці вищих освітніх закладів в останньому році (довготривалий карантин пов'язаний з COVID-19) мають відбутися зміни у традиційних моделях надання освітніх послуг, їх удосконалення і модернізація. Тому сучасний освітній процес органічно трансформується в так звану «змішану модель навчання». в основі інтерактивного навчання лежить організована творча співпраця рівноправних особистостей. Здобувачі освіти і викладачі при цьому є рівноправними та рівнозначними суб'єктами навчання. Процес викладання переходить в процес самонавчання, який усвідомлюється курсантом та контролюється викладачем. Використання інтернет-ресурсів (Prezi, SlideShare, SlideBoom, PowToon, Emaze, Menti, Glogster, Mindmaster, Padletтощо) дає змогу використовувати всі форми інтерактивного навчання незалежно від місця знаходження фахівця. Отже, використання інтерактивних методів робить змішане навчання перспективним

у навчальному процесі закладів вищої освіти особливо для безперервного професійного розвитку фахівця, в тому числі лікарів та провізорів.

Ключові слова: змішане навчання, інтерактивне навчання, інтернет-платформи.

Бурхливий розвиток інформаційно-комунікаційних технологій, їх значний потенціал майже у кожній сфері життя сучасної людини давно та стрімко змінює процеси навчання всіх верст населення. Починаючи зі шкільної парти людина сьогодення не уявляє себе без інтернету. Останній вже мабуть став ще одним виміром існування людства. Швидко впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у освітній процес сприяє розвитку нових перспектив в безперервному професійному розвитку фахівця будь-якої професії. з огляду на умови праці вищих освітніх закладів в 2020 році (довготривалий карантин пов'язаний з COVID-19) мають відбутися зміни у традиційних підходах надання освітніх послуг, їхне удосконалення і модернізація. Тому сучасний освітній процес органічно трансформується в «змішану модель навчання». Під змішаним навчанням розуміють цілеспрямований процес здобування знань, умінь та навичок, що здійснюється освітніми установами різного типу у рамках формальної освіти, частина якого реалізується у віддаленому режимі за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій і технічних засобів навчання, які використовуються для зберігання і доставки навчального матеріалу, реалізації контрольних заходів, організації взаємодії між суб'єктами навчального процесу (консультації, обговорення), під час якого має місце самоконтроль учня (студента) за часом, місцем та темпом навчання [1].

Описані умови вимагають пошуку такої форми навчання, що створює комфортні умови навчання за умов динамічності самого процесу навчання, гнучкості досягнення поставлених цілей за темою заняття. Цю проблему частково вирішує, на нашу думку інтерактивне навчання. Інтерактивне навчання – це специфічна форма організації пізнавальної діяльності, яка має передбачувану мету – створити комфортні умови навчання, за яких кожен учень відчуває свою успішність, інтелектуальну спроможність [2]. Слово «інтерактив», від англійських слів «inter» – взаємний і «act» – діяти, тож інтерактивний – здатний до взаємодії, діалогу. в основі такої техніки проведення лежить організована творча співпраця рівноправних особистостей. Всі курсанти та вчитель активно взаємодіють між собою, аналізують свої дії та дії інших учасників навчального процесу, змінюють свою модель поведінки. Курсанти

і викладач при цьому є рівноправними та рівнозначними суб'єктами навчання. Викладач під час інтерактивного навчання виступає як організатор процесу навчання, консультант. Тобто процес викладання переходить в процес контрольованого викладачем та усвідомленого курсантом самонавчання [3].

На сьогодні у вищій школі переважно використовують такі інтерактивні методи як: тренінги, ситуаційні задачі, майстер-класи, прес-конференції, тестування, кейс-методи, ігрове навчання, круглі столи, мультимедійні лекції та практичні заняття, електронні навчальні видання. Все це допомагає формуванню професійного потенціалу майбутніх фахівців [4].

Інтерактивне навчання в структурі змішаного навчання допомагає: створити навчальні матеріали для наочної демонстрації навчальної інформації; зберігати їх на спеціально призначених ресурсах, з можливістю швидкого доступу до них; здійсненню контролю та корекції знань та вмінь отриманих у процесі навчання; побудувати індивідуальний сценарій ведення заняття; отримати доступ до інформації з різних інтернет-ресурсів на персональні мобільні пристрої у будь-який час. Інтернет-сервіси надають можливість використовувати, опрацьовувати та передавати дані незалежно від місця знаходження фахівця, забезпечуючи при цьому зв'язок між учасниками освітнього процесу [5].

Наведемо приклад заняття на циклі тематичного удосконалення:

Круглий стіл (групові дискусії) з теми «Невідкладна допомога при набряку легень різної етіології». Міні-презентація викладача по основних моментах теми за допомогою мультимедійних інтернет-презентацій (Prezi, SlideShare, SlideBoom, PowToon, Emaze, Prezentit, Mentita in.). Розподіл курсантів (слухачів) на групи в окремі кімнати електронної платформи. Роздача карточок для виставлення оцінок групам. Групам пропонується підготуватися по заздалегідь запропоновані питання відповідно темі (різні форми набряку легень) у вигляді онлайн-плакату, візитки або відео повідомлення (Glogster, VectorPaint, ThingLinkta in.). Після виступу кожної групи решта курсантів та викладач задають питання. Разом після обговорення доповідей формується єдиний підхід до тактики ведення та лікування хворих за темою, паралельно залучаючи інтернет-адміністративні ресурси з настановами, протоколами, наказами та рекомендаціями товариств України, Європи та Америки (Jamboard, Padlet). Окремо можна запропонувати підготувати цікавий випадок з практики для наочного закріплення теми. Також пропонується скласти тестовий заключний контроль на таких платформах як Edmodo.com,

Quizlet.com, Kahoot.com, Moodle.com тощо. Викладач підводить підсумок, роблячи зауваження і аргументуючи свої висновки.

Отже, застосування різних форм інтерактивного навчання є перспективним напрямком забезпечення впровадження змішаного навчання у діяльність закладів вищої освіти особливо для безперервного професійного розвитку фахівця, в тому числі лікарів та провізорів.

Список використаних джерел

1. Bugajchuk, K. L. (2016). Zmishane navchannya: teoretychnyj analiz ta strategiya vprovadzhennya v osvithnij proces vyshhyx navchalnyx zakladiv [Blended learning: theoretical analysis and strategy of introduction of higher educational institutions into the educational process]. *Informacijni tehnologiyi i zasoby navchannya - Information tehnologiyi and zasoby navchannya*, 4(54), 1-18 [in Ukrainian]. Retrieved from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ITZN_2016_54_4_3

2. Pometun, O. I., Pyrozhenko, L. V. (2004). *Suchasnyj urok. Interaktyvni tehnologiyi navchannya: naukovo-metodichniy posibnyk* [Interactive learning technologies: scientific-methodical manual] Kiev: Vydavnyctvo A. S. K [in Ukrainian]. <https://www.twirpx.com/file/357881/>

3. Gusak, L. P. (2019). Interaktyvni metody navchannya u procesi vyvchennya vyshhoyi matematyky` studentamy ekonomichnyx specialnostej. *Interaktyvnyj osvithnij prostir ZVO* [Interactive teaching methods in the proces sofstudy inghigher mathematics by students of economic specialties. Interactive education al space ZVO] : Materialy vseukrayinskogo naukovo-praktychnogo vebinaru, 9-12. Retrieved from: http://www.vtei.com.ua/images/2019/KF/04_03_2019zb.pdf [in Ukrainian].

4. Ostapchuk, D., Myronchuk, N. M. (2014). *Interaktyvni metody navchannya u vyshhyx navchalnyx zakladax* [Interactive teaching methods in higher education institutions] S. S. Vitvyckoyi (Eds.), *Modernizaciya vyshhoyi osvity v Ukraini ta za kordonom - Modernization of higher education in Ukraine and abroad: zbirnyk naukovyx pracz* (pp. 140-143) Retrieved from: <http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/13837> [in Ukrainian].

5. Gulivata, I. O., Bondar, M. V. (2019). *Metodychnyj aspekt vprovadzhennya zmishanogo navchannya u zakladax osvity* *Interaktyvnyj osvithnij prostir ZVO* [Methodi calaspect of introduction of blended learning in education al institutions Interactive educational space of ZVO]. *Materialy vseukrayinskogo naukovo-praktychnogo vebinaru*, 7-9. Retrieved from: http://www.vtei.com.ua/images/2019/KF/04_03_2019zb.pdf [in Ukrainian].

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІРТУАЛЬНИХ СИМУЛЯТОРІВ у ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІН ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Круглова О.

Руденко І.

Гайдаш О.

Ігнатова А.

Саламадзе О.

Самарцев В.

Смирнова Н.

Ребрик І.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна

У тезах розглядається питання ефективності використання віртуального симулятора при вивченні внутрішньої медицини на кафедрах терапевтичного профілю.

Ключові слова: віртуальний симулятор, медична освіта, терапія.

Реформування вищої медичної освіти вимагає пошуку нових методик для підготовки студентів, які були би професійно компетентними по закінченні вузу [1; 2; 3]. Симуляційне навчання як один із шляхів створення і впровадження нових конкурентоспроможних технологій для забезпечення інноваційного розвитку суспільства є авангардним методом підготовки майбутніх фахівців у галузі медицини [4].

Симуляційне навчання - це метод, в основі якого полягає імітація будь-якого фізичного процесу за допомогою штучної (наприклад, механічної або комп'ютерної) системи [4]. Вивчення та вдосконалення клінічних навичок завдяки використанню манекенів-симуляторів, тренажерів і стандартизованих пацієнтів є «золотим стандартом» медичної освіти в розвинутих країнах світу вже понад 10 років. Широке застосування в медичній освіті розвинених країн імітаційних методів навчання дозволило поставити відпрацювання практичних навичок медичних працівників на якісно новий рівень без загрози життю і здоров'ю пацієнтів. Симуляційні тренінги як обов'язковий компонент професійної підготовки надає кожному студенту можливість виконувати професійну діяльність у відповідність до професійних стандартів (порядками) надання медичної допомоги. Перевагами симуляційного тренінгу, безумовно, є наступне - знижений стрес студента під час перших

самостійних маніпуляцій, велика кількість повторів для відпрацювань навичок, відпрацювання дій при рідкісних та таких, що загрожують життю, станах, розвиток як індивідуальних умінь і навичок, так і командної взаємодії; об'єктивна оцінка досягнутого рівня майстерності.

На базі ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне на кафедрах внутрішньої медицини №1 та внутрішньої медицини №2 для проведення симуляційного навчання студентів 4, 5 та 6 курсів застосовується інтерактивний віртуальний симулятор Body interact. Дана комп'ютерна технологія дозволяє відтворити реальну контрольовану ситуацію з відпрацювання навичок надання медичної допомоги, надає можливість для багаторазового відпрацювання певних вправ і дій, забезпечує контроль якості надання медичної допомоги за результатами виконання тренінгу, дозволяє моделювати різні клінічні ситуації, в тому числі рідкісні клінічні сценарії, забезпечує індивідуальний підхід в підготовці учнів. Завданням студентів є грамотно призначити обстеження, правильно інтерпретувати результати, поставити діагноз, призначити лікування і визначити показання для хірургічного втручання. Після закінчення часу на ведення пацієнта, в разі летального результату або стабілізації всіх параметрів життєдіяльності, система аналізує всі дані і у студентів є можливість побачити свої результати у відсотках (повнота обстежень, обґрунтованість призначення лікарських препаратів і т.д.).

Сподіваємося, що впровадження в навчальний процес підготовки медичних кадрів на всіх етапах безперервної медичної освіти навчальних симуляційних курсів із застосуванням інтерактивного віртуального симулятора Body interact буде сприяти зниженню лікарських помилок, зменшенню ускладнень і підвищенню якості надання медичної допомоги населенню.

Список використаних джерел

1. Селіхова, Л. Г., Борзих, О. А., Герасименко, Н. Д., Дігтяр, Н. І., Авраменко, Я. М., Белан, О. В., & Кайдашев, І. П. (2020). Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика.

2. Старча, Т. М., Волосовець, О. П., Клоченко, І. В., П'ятницький, Ю. С., Петрова, К. І., Соколова, Л. В., Булах, І. Є. (2015). Сучасні завдання вищої медичної освіти та кадрового забезпечення реформування галузі. *Медична освіта*, (2).

3. Roy, M. J., Sticha, D. L., Kraus, P. L., & Olsen, D. E. (2006). Simulation and virtual reality in medical education and therapy: a protocol. *Cyber Psychology & Behavior*, 9(2), 245-247.

4. Артьоменко, В. В., Семченко, С. С., Єгоренко, О. С., Новіков, Д. А., Караконстантин, Д. Ф., Берлінська, Л. І. (2015). Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід. *Одеський медичний журнал*, (6), 67-74.

СЕКЦІЯ:
ПИТАННЯ ВІРТУАЛІЗАЦІЇ ОСВІТИ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

ДОСВІД ДИСТАНЦІЙНОЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИКІВ в УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 в СІНГАПУРІ

Дуда О.

Бойко В.

Коцюбайло Л.

Манжелєєва І.

Вега А.

НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна

Пандемія гострого респіраторного захворювання, зумовленого SARS-CoV-2 спричинила значний вплив не тільки на структуру надання медичної допомоги, а також на навчання спеціалістів. Заклади, що забезпечують отримання післядипломної освіти зіштовхнулися з складнощами, починаючи від повного віртуального забезпечення навчального процесу, так і обмеження клінічної практики для здобувачів. Необхідність дотримання соціальної дистанції призвела до прийняття та впровадження технології в медичній освіті, включаючи програмне забезпечення для відеоконференцій, та платформ соціальних мереж.

Ключові слова: БПР, безперервний професійний розвиток, Сінгапур, дистанційне навчання, COVID-19.

Основним положенням медичної освіти є практичне застосування знань. Як зауважив Вільям Ослер, "Медицині навчаються біля ліжка хворого, а не в класі". у той час, коли Центр з контролю та профілактики захворювань (CDC, США) видає рекомендації з застосування засобів індивідуального захисту, а громадськість закликають дотримуватись як фізичної, так і соціальної дистанції, постає гостра проблема організації безперервного професійного розвитку медичних працівників [1]

Безперервний професійний розвиток (БПР) – це сучасний підхід до професійного вдосконалення лікаря. Цей принцип є поширеною

практико. в розвинутих країнах Європи, Америки та Азії, зокрема, в Великобританії, США, Польщі, Чехії та Сінгапурі [2]

Заходи формальної та неформальної освіти в БПР мають вирішальне значення у наданні високоякісної медичної допомоги пацієнтам. Оскільки з відкриттям закладів другої хвилі не лише інфекціоністи, але й лікарі інших спеціальностей перебувають на «передовій», важливо не ігнорувати їх навчання.

Національна університетська лікарня (NUH) в Сінгапурі, є вищим академічним медичним закладом, що запроваджує 32 спеціальні навчальні програми. Після врегулювання ситуації з COVID-19, було важливо відновити освітні заходи, щоб надати спеціалістам навички ведення як випадків COVID-19, так і не COVID-19. За останнє десятиліття розробка зручних та доступних додатків для відеоконференцій у поєднанні з широким використанням смартфонів та стабільністю мереж 4G у всій країні зробили відеоконференції ефективним варіантом для переходу післядипломної медичної освіти на віртуальні платформи.

З 32 навчальних програм 75% змушені були негайно припинити свої програми задля адаптації до нового робочого середовища [3] Протягом перших 2 тижнів близько 45% навчальних програм зуміли перебудувати та відновити постійні програми БПР. Цей показник виріс до 70% на 4 тижні та до 85% наприкінці 8 тижнів. з 27 навчальних програм, які успішно відновили свої програми, всі перейшли на відеоконференції для синхронного дистанційного навчання, використовуючи Zoom® (Zoom Video Communications, Сан-Хосе, Каліфорнія, США) або власне програмне забезпечення. Ці сеанси проводяться на різноманітних мобільних та комп'ютерних платформах, а лектори (викладачі) використовують функції передачі голосу, передачі екрану та запису, щоб забезпечити синхронне та асинхронне навчання спеціалістів на робочому місці, вдома чи на дорозі.

Серед перших програм, які відновили свою діяльність протягом перших 2 тижнів були програми респіраторної підтримки пацієнтів, невідкладна допомога в клініці інфекційних хвороб та превентивна медицина. Крім того, був офіційно змінений напрямок однієї із програм на забезпечення слухачів актуальною інформацією щодо ведення пацієнтів з COVID-19 [4]

Цей огляд викладацької практики NUH показує, що застосування технологічних інновацій може адаптувати спеціальні навчальні програми під виклики пандемії. Незважаючи на те, що графік проведення заходів формальної та неформальної освіти на початку пандемії був значно порушений, різні навчальні програми поступово адаптувались до нового відокремленого робочого середовища та розробляли нові протоколи. Більшість програм перезапустили до четвертого тижня. Ці віртуальні сесії мають додаткові переваги, слугуючи двостороннім форумом для зворотного зв'язку від спеціалістів на місцях та актуальних новин про літературу та протоколи лікування COVID-19. Під час цієї пандемії спеціалісти, які працюють на «передовій» стикаються з підвищеним стресом та втомою, тому для них проведення онлайн-конференцій, вебінарів зі зворотнім зв'язком служать засобами підтримки та солідарності під час ізоляції [5]

Прогнозується продовження пандемії, тому слід адаптувати БПР до «нової норми», щоб підтримувати актуальність знань спеціалістів щодо їх основних клінічних компетенцій, а також спрямувати навчальні програми на освоєння базових навиків надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19.

Список використаних джерел

1. Laura Chiel, Zachary Winthrop and Ariel, S. Winn. (2020). The COVID-19 Pandemic and Pediatric Graduate *Medical Education Pediatrics*, August, 146 (2) e20201057; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1057>
2. Коли почне діяти БПР і як це працюватиме? Вилучено з <https://moz.gov.ua/bezperervnij-profesijnij-rozvitok>
3. Ahmed, K., Wang, T.T., Ashrafian, H., et al. (2013). The effectiveness of continuing medical education for specialist recertification. *Can Urol Assoc J*, (7).
4. Kanneganti, A., Sia, C., Ashokka, B, et al. (2020). Continuing medical education during a pandemic: an academic institution's experience. *Postgraduate Medical Journal*, (96), 384-386.
5. Rambaldini, G., Wilson, K., Rath, D., et al. (2005). The impact of severe acute respiratory syndrome on medical house staff: a qualitative study. *J Gen Intern Med*, (20).

СТВОРЕННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО МУЛЬТИМЕДІЙНОГО КОНТЕНТУ З ІНФОРМАТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН ДЛЯ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Чалий О.

*д.фіз.-мат.н., проф., член-кор. НАПН
України, завідувач кафедри
SCOPUS: 6701752810*

Кривенко І.

*к.пед.н., доцент кафедри
<https://orcid.org/0000-0001-5539-8632>*

Чалий К.

*д.фіз.-мат.н., проф., професор кафедри
<https://orcid.org/0000-0001-7077-0324>*

**Кафедра медичної і біологічної фізики та
інформатики, Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця, м.
Київ, Україна**

У публікації проаналізовано сучасні підходи та технології для створення інтерактивного мультимедійного контенту для онлайн та аудиторного викладання інформатичних дисциплін для майбутніх фахівців охорони здоров'я. Запропоновано комплексне програмне рішення для створення інтерактивного мультимедійного контенту з інформатичних дисциплін та способів передачі знань засобами мультимедіа.

Ключові слова: інтерактивний мультимедійний контент, мультимедіа, інформатичні дисципліни, змішане навчання, дистанційне навчання, STEM-освіта.

Вступ. Перед системою вищої медичної освіти постають нові виклики, які актуалізують необхідність у запровадженні інноваційних способів передачі знань засобами мультимедіа, застосуванні дистанційних технологій, розробці якісних онлайн-курсів, цифровізації усіх компонентів методичної системи навчання дисциплін, модернізації освітнього процесу у відповідності з компетентнісним, персоналізованим, адаптивним, інноваційним, мобільним та змішаним навчанням. Крім того, акцентується увага на належному рівні

природничої та інформатичної підготовки майбутніх фахівців охорони здоров'я, що забезпечує необхідні передумови для ширшого впровадження високотехнологічної медицини та відповідає сучасним світовим тенденціям пріоритетної чотири компонентної освіти «наука, технології, інженерія, математика» (англійська аббревіатура – STEM, STEM-освіта).

Інформатична підготовка майбутніх фахівців охорони здоров'я, яка здійснюється у процесі вивчення дисциплін «Медична інформатика», «Інформаційні технології у фармації», «Комп'ютерне моделювання у фармації» та «Інформаційні технології у психології та медицині» на кафедрі медичної і біологічної фізики та інформатики (надалі – МБФІ) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (надалі – НМУ імені О. О. Богомольця) та в інших закладах вищої медичної та фармацевтичної освіти забезпечує ознайомлення студентів із закономірностями та принципами інформаційних процесів у системах різного рівня ієрархії галузі охорони здоров'я, проблемами збору, збереження, оброблення і передачі сигналів та зображень, телекомунікаційними технологіями, системами підтримки прийняття рішень у медицині, стоматології та фармації, інформаційними технологіями аналізу, моделювання, прогнозування, управління у сфері медико-біологічних досліджень та теорією медичних інформаційних систем [1].

Ефективним для організації навчального процесу є змішане навчання (англ. – blended або hybrid learning), що передбачає поєднання офлайн (аудиторне) та онлайн навчання у різних пропорціях [2]. Ключовими особливостями змішаного навчання є активне використання дистанційних технологій, цифрових способів передачі знань, віртуальної комунікації та використання спеціалізованих систем керування навчанням (англ. LMS – learning management system).

Для інформатичної підготовки майбутніх фахівців охорони здоров'я нами взято за основу модель змішаного навчання «перевернутий клас» (англ. Flipped classroom – принцип навчання, за яким основне засвоєння нового матеріалу відбувається вдома за допомогою онлайн-курсу, а час аудиторної роботи виділяється на виконання завдань, вправ, проведення лабораторних і практичних досліджень, індивідуальні консультації тощо [3]). Обрана модель навчання була впроваджена з 2019-2020 н.р. за допомогою сервісів G Suite for Education та з 2020-

2021 н.р. на основі розробленої нами платформи MDTECH [4] для дистанційного навчання інформатичних дисциплін.

Основним компонентом для реалізації обраної моделі навчання було проектування комплексного мультимедійного контенту для інтерактивної передачі знань з інформатичних дисциплін та змістового наповнення дистанційних курсів, що актуалізувало наш пошук конкретних цифрових рішень для створення та подання навчального матеріалу засобами мультимедіа. Мультимедіа (лат. Multum + Medium) – комбінування різних форм представлення інформації на одному носіїві, наприклад текстової, звукової, графічної, анімації і відео [5].

Мета дослідження: проаналізувати сучасні підходи та технології для створення інтерактивного мультимедійного контенту для онлайн та аудиторного викладання інформатичних дисциплін майбутнім фахівцям охорони здоров'я, запропонувати комплексне програмне рішення для створення інтерактивного мультимедійного контенту для змішаного навчання.

Виклад основного матеріалу. Для відображення предметного змісту з інформатичних дисциплін нами було створено комплексний мультимедійний навчальний контент, що поєднував різноманітні цифрові дані, містив статичні та динамічні об'єкти мультимедіа. Для статичного мультимедійного контенту було створено візуально-спостережні засоби для відображення навчального змісту дисциплін у вигляді тексту, зображень, інфографіки, ментальних карт та flash-карт із врахуванням прийомів мнемотехніки для ефективного запам'ятовування навчального матеріалу. Динамічний мультимедійний контент охоплював інтерактивні засоби для відображення змісту дисциплін та формування практичних навичок за допомогою відео, аудіо, анімації, об'єктів віртуальної та доповненої реальності, 3D-візуалізації, поєднання різноманітних даних, інтерактивних 3D-підручників та динамічних презентацій, онлайн-опитувань, вікторин, анкетувань для інтерактивної взаємодії з користувачем у режимі реального часу, онлайн-тренажери для засвоєння теоретичних та практичних знань, інтерактивні засоби контролю знань з метою забезпечення можливостей персоналізації та інтенсифікації навчання, прискорення процесів опанування навчального матеріалу та швидкої систематизації знань. При розробці інтерактивного мультимедійного контенту з інформатичних дисциплін нами були враховані методологічні принципи із створення електронних навчальних посібників висвітлені у дослідженні [6], принципи інформаційного

дизайну при розробці електронного навчального контенту [7], методика організації інтерактивного дистанційного навчання з інформатичних дисциплін [8].

Вибір конкретних програмних рішень для створення мультимедійного контенту базувався на можливості використання вільно-розповсюджених або доступних демонстраційних версій програм або хмарних сервісів, які у достатній мірі дозволяли реалізувати дидактичні функції розробленого мультимедійного ресурсу у навчанні інформатичних дисциплін.

У процесі створення інтерактивного мультимедійного контенту нами було використано прикладне програмне забезпечення та хмарні сервіси, зокрема, текстові редактори, програми для створення презентацій, електронні таблиці, графічні редактори, програми для запису та монтажу відео (напр. iSpring FreeCam, Screencast-O-Matic), аудіо-редактори та конвектори, онлайнві редактори відео (напр. Clipchamp), програмний комплекс Zoom для відео-конференцій з можливістю збереження відеозаписів та розміщення на YouTube каналі, додатки Google (Документи, Таблиці, Форми, Презентації, Сайти тощо), хмарні сервіси для створення інфографіки, ілюстрацій, ментальних карт та флеш-карт (напр. Easelly, Bubbl.us, Canva), хмарні сервіси для інтерактивних онлайн-опитувань з візуалізацією результатів у режимі реального часу (напр. Mentimeter, Kahoot), засоби створення 3D-навчального контенту, об'єктів доповненої реальності та 3D-книг (напр. Blippar, ZooBurst), конструктор для створення інтерактивних вправ (напр. Learningapps), хмарні сервіси створення динамічних презентацій та онлайн-книг (напр. Prezi, Powtoon, Canva, iBookAuthor/Pages).

З метою організації дистанційного навчання з інформатичних дисциплін на кафедрі МБФІ НМУ імені О.О. Богомольця у 2020-2021 н.р. та ознайомлення майбутніх фахівців охорони здоров'я із сучасними медичними цифровими технологіями нами було розроблено платформу MDTECH (Medical Digital Technologies <http://mdtech.com.ua/> [4]) та створено онлайн-курси з медичної інформатики, інформаційних технологій у фармації, комп'ютерного моделювання у фармації та інформаційних технологій у психології та медицині.

Висновки. Створення інтерактивного мультимедійного контенту для онлайн та аудиторного викладання інформатичних дисциплін майбутнім фахівцям охорони здоров'я є одним із важливих та трудомістких етапів розробки онлайн-курсів. Нові інформаційні технології для створення та

опрацювання засобів мультимедіа забезпечують можливість для проектування комплексного мультимедійного контенту з інформатичних дисциплін та подальше наповнення цим контентом онлайн-курсів у системах керування навчанням або поширення розроблених мультимедійних ресурсів навчального призначення через різноманітні мобільні та телекомунікаційні засоби, що дозволяє зробити інформатичну підготовку ефективною, актуальною і цікавою, а також для викладача у найкращий спосіб представити навчальний матеріал відповідно із сучасним рівнем розвитку технологій, а для студентів його засвоїти.

Список використаних джерел

1. Мінцер, О. П. (2010) Інформатика та охорона здоров'я. *Медична інформатика та інженерія*, (2), С. 8–21.

2. *Змішане навчання: сутність та переваги у сучасному світі*. URL:<http://blog.ed-era.com/blended-learning-sut-pierievaghi-ta-uspishni-prikлади/> (дата звернення: 30.09.2020).

3. *Перевернутий клас*. Вікіпедія – вільна енциклопедія. URL:https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0BD%D1%83%D1%82%D0%B8%D0%B9_%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81 (дата звернення: 30.09.2020).

4. *Платформа MDTECH (Medical Digital Technologies) для дистанційного навчання інформатичних дисциплін та поширення знань про медичні цифрові технології*. URL:<http://mdtech.com.ua/> (дата звернення: 30.09.2020).

5. *Мультимедіа*. Вікіпедія – вільна енциклопедія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B8%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%B0> (дата звернення: 30.09.2020).

6. Вороненко, Ю. В., Мінцер, О. П., Краснов, В. В. (2009). Стандартизація підходів до розробки електронних навчальних посібників. *Медична інформатика та інженерія*. (2), 4–21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii_2009_2_3

7. Коваль, Б. Ф., Чалий, К. О. (2016). Адаптація принципів інформаційного дизайну при розробці електронного навчального контенту з медичної фізики. *Наукові записки (НПУ імені М. П. Драгоманова). Серія: Педагогічні науки*. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. СХХХІІ (132), 92-98.

8. Чалий, О. В., Кривенко, І. П., Чалий, К. О. (2020) *Організація інтерактивного дистанційного навчання з інформатичних дисциплін для майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я в умовах карантину*. Екстрене дистанційне навчання в Україні: монографія. В. М. Кухаренко, В. В. Бондаренко (ред.). Харків: Вид-во КП «Міська друкарня». URL:<http://dl.khpi.edu.ua/mod/resource/view.php?id=46362>

МОЖЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ З УРОЛОГІЇ

Федорук О.

Зайцев В.

Ілюк І.

Владиченко К.А.

Степан В.

Візнюк В.

Широкий В.

Кафедра урології та нейрохірургії, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

<https://orcid.org/0000-0001-5523-8735>

Щоб краще оволодіти такою дисципліною, як урологія, недостатньо читати лиш підручник. Було проведено огляд різних дистанційних навчальних джерел, які є в мережі Internet. у тезах наведено покликання на ресурси з безкоштовним доступом для поглиблення знань студентів та лікарів-інтернів. Сучасна дистанційна освіта надає надзвичайні можливості удосконалення професійної освіти.

Ключові слова: дистанційне навчання, урологія.

У сучасному світі дистанційна освіта відіграє важливу роль в навчальному процесі, особливо перед викликами, які виникають внаслідок епідеміологічних ситуацій. Щоб краще оволодіти такою дисципліною, як урологія, недостатньо читати лиш підручник. Студентам варто займатися самостійною інтерактивною роботою із спеціально розробленими навчальними матеріалами. Було проведено огляд різних дистанційних навчальних джерел, які є в мережі Internet.

Ресурс Touch Surgery після своєї появи став однією із найбільших спільнот студентів медичних закладів, що тренуються і моделюють операції на віртуальних симуляторах. Програма, яка створена за участю викладачів ведучих медичних шкіл та дозволяє користувачам крок за кроком пройти скрізь процес оперативного втручання на віртуальному пацієнті, свідомо приймаючи рішення в режимі реального часу.

WebSurgery – міжнародний веб – сайт електронного навчання, який надає матеріали по всім розділам малоінвазивної хірургії від відомих світових експертів. Всі ресурси відповідають стандартам Health On the Net Foundation (HONCode), що гарантує якість і надійність наданої інформації.

UroWeb, створений Європейською Асоціацією Урологів, де розміщені графіки конференцій в різних куточках світу, приведені наукові журнали і аудіо книги для кращого розуміння сучасних методів в практичній урології. Асоціація є ведучим органом в Європі по урологічній практиці, досліддам, освіті. Членство в асоціації допомагає кар'єрному та особистісному розвитку лікаря-уролога, дає можливість обміну думками з хірургами зі всього світу, давати питання авторам опублікованих матеріалів, забезпечує зворотній зв'язок і дає можливість поділитися власним досвідом.

MedShare – соціальна мережа для лікарів, яка подібна до Інстаграму. Пройшовши реєстрацію, як студент або резидент, можна мати доступ до цікавих клінічних випадків (фото та опис), які зустрічаються у всіх куточках світу.

Uro.tv – зібрання відеоматеріалів з урології, які дають змогу удосконалити та поглибити знання з урологічної тематики.

Moodle, сервер дистанційного навчання, надає доступ до всієї необхідної навчально-методичної літератури, відкривається одразу після реєстрації на сайті університету БДМУ. Основною перевагою є, передусім, зручність: студент самостійно обирає час і місце для навчання. Отже, зараз студенти мають масу доступної інформації – статті, зображення, відео з YouTube та ін.

У тексті наведено покликання на ресурси з безкоштовним доступом для поглиблення знань студентів та лікарів-інтернів. Сучасна дистанційна освіта надає надзвичайні можливості удосконалення професійної освіти.

ПОДОЛАННЯ АГРЕСИВНОСТІ СТУДЕНТІВ У ВИЩІЙ ОСВІТІ

Костишин З.

Костишин А.

Лукач У.

Кіндрат Г.

Кіндрат І.

кафедра стоматології ННІПО ІФНМУ

кафедра ортопедичної стоматології ІФНМУ

кафедра менеджменту та освітніх інновацій Івано-Франківського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти

кафедра біологічної та медичної хімії імені академіка Г.О. Бабенка ІФНМУ

Україна

У статті запропонована стратегія вищої освіти, орієнтована на упередження, мінімізацію агресивності студентів. Дослідження здійснені довкола ключових викликів сучасної вищої освіти (інформаційні технології, глобалізаційні тенденції, дистанційна освіта). Гідно зустріти виклики агресивності здатна університетська освіта, яка спирається на діалогічну взаємодію, потребу розбудови гнучкості мислення та підтримку відкритості світоглядних орієнтацій.

Ключові слова: вища освіта, глобалізація, діалог, дистанційна освіта.

Внаслідок швидкого розвитку сьогодення, сучасна епоха визначається динамічністю та багато вимірністю модернізаційних процесів, які розгортаються у планетарних масштабах.

За своєю сутністю глобалізаційні процеси спрямовані на зближення культур, на високу діалогічність міжкультурної взаємодії, на забезпечення більш широких можливостей для людини в плані реалізації нею своїх невід'ємних прав та свобод – права на освіту, вільного переміщення, свободи віросповідання та свободи слова тощо.

Однак, суспільство, не позбавлене щоденних проявів агресивності, зокрема в студентському середовищі, стоїть на порозі потенційної

небезпеки, коли глобалізація зможе виступити каталізатором проявів агресивності за умов тимчасової відсутності дієвих механізмів її упередження та подолання. І саме молодь, як найбільш соціально активний прошарок суспільства, здатна виступити в авангарді суспільного розвитку, у якому ідеї агресивності якщо не відійдуть у минуле, то хоча б набудуть маргінального статусу.

Саме через вищу освіту як ефективний інструмент упередження агресивності має відбуватись трансляція наукових здобутків, надбання національної та світової культур, а також утверджуватись загальна спрямованість на всебічний і гармонійний розвиток кожної людини та поширення гуманістичних цінностей [1, с. 226–227].

Сучасна освіта має значні можливості щодо мінімізації та упередження агресивності особистості, долучивши до дослідницьких контекстів специфіку освітніх феноменів, що виникають у результаті утвердження глобального інформаційного суспільства. Окрім того, концептуалізуються проблеми, пов'язані з трансформацією ролі знань та інформації в сучасній вищій освіті, з впровадженням розвинених інформаційних технологій в освітній процес та відповідних цьому проблемам дистанційної освіти.

Крім того, існує небезпека неадекватної раціональної оцінки особистісних ситуацій при використанні інформаційних технологій, дистанційної освіти, їх активне використання призводить до процесу десоціалізації людини, відособленості її від суспільства [2, с. 135–136].

Отже, важливим є питання формування у студентів стійких світоглядних орієнтацій і механізмів мінімізації агресивності на користь раціонального розв'язання проблем міжособистісної взаємодії, а також проблеми, асоційовані з агресивністю викладачів у системі «студент – викладач».

Важлива роль при цьому відведена постаті викладача, який має транслювати ідею можливості гнучкої безконфліктної взаємодії, коли сама аудиторія перетворюється у простір, у якому гармонійно можуть співіснувати протилежні думки, гнучкість мислення та відкритість особистості до іншого. Цей підхід виглядає співмірним із складним характером соціо культурної динаміки, який вимагає від студента наявності навичок нелінійного, гнучкого мислення. Отже, гнучкість мислення як характеристика особистості, яка актуалізується у широкому спектрі життєвих ситуацій та дозволяє студентам зустрічати нові життєві та академічні виклики, не вступаючи у конфлікт із власними цінностями

та діючи відповідно до них, може бути забезпечена прагненням викладача до розкриття потенціалу кожного студента [3, с. 101– 102].

Аналізуючи потенційні загрози утвердження агресивних життєвих стратегій сучасної молоді в контексті поширення сучасних інформаційних технологій, хотілося б звернути увагу, що вони слугують ефективними «каналами» трансляції агресивності і можуть значно збагатити можливості для актуалізації агресивних інтенцій сучасного студентства. Ця загроза загострює потребу трансляції через вищу освіту позитивних етичних настанов для спілкування у мережі Інтернет, які б слугували бар'єром для проявів агресивності за умов анонімності, притаманних сучасному спілкуванню: у цифрову епоху агресія усе більше отримує вербальну анонімну форму, а фізичні її прояви відходять на другий план. з іншого боку, ми намагаємось дистанціюватись від засудження чи одностороннього висвітлення ролі інформаційних технологій у контексті упередження агресивності.

При цьому, звертаючись до можливостей сучасної вищої освіти, у якій усе більш активного вжитку набувають ідеї комп'ютерноопосередкованої (дистанційної) освіти, щодо подолання агресивності особистості, маємо визнати, що процеси взаємодії між викладачем і студентом втрачають свій зміст: на зміну безпосередній взаємодії, у якій викладач може діагностувати агресивні настанови студента та відповідним чином врахувати їх в освітньо-виховному процесі, приходять утилітарна, алгоритмічна передача знань. Цей факт створює небезпеку втрати вищою освітою свого статусу дієвого засобу корекції агресивності студентів, що відповідним чином має бути враховано у стратегіях її подальшого розвитку, а також при оцінках потенційних духовних втрат від мінімізації діалогу між викладачем та студентом.

Отже, процеси глобалізації вищої освіти також несуть низку викликів, урахування яких має забезпечити університетській освіті відповідність духу епохи та сприяти подальшій мінімізації проявів агресивності студентів. Не останнє місце в цьому плані займають ідеї академічної мобільності, яка надає студентам можливість трансформувати як свої знання, так і світогляд у процесі знайомства з досягненнями інших освітніх систем, наукових шкіл та культур, розвинути мовні компетенції, інтегрувати фундаментальні принципи планетарної (глобальної) етики в особистий світоглядний горизонт.

Однак, сучасна вища освіта здатна гідно зустріти виклики поширення ідей агресивності, спираючись на діалогічну взаємодію, потребу розбудови гнучкості мислення та підтримку відкритості світоглядних орієнтацій у студентському середовищі.

Список використаних джерел

1. Kolomiets, O. G. (2015). Philosophical paradigm of aggression prevention in modern societies [Thesis of dis. Ph.D. in Pedagogy]. National Pedagogical Dragomanov University.
2. Sviridenko, D. B. (2008). The transformation of human nature under the influence of virtual reality in modern philosophical concepts. *Multiverse: Philosophical Almanac: Coll. Vol of Science. Papers / chief. ed. V.V. Lyakh.* (67), 129–139.
3. Sviridenko, D. B. (2014). *Academic mobility, response to the challenges of globalization.* Monograph. Kyiv, Printed NEA Drahomanov.

ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИКИ ВИКЛАДАННЯ ПСИХІАТРІЇ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНОВІРУСУ

Русіна С.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри нервових хвороб,
психіатрії та медичної психології
ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет», Україна*

Нікоряк Р.

*аспірант кафедри психіатрії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л Шупика,
Україна*

Стаття присвячена місцю і ролі інноваційних методик викладання клінічних наук, а саме - їх основних форм і методів в системі вдосконалення якісної освіти у вищих медичних закладах, визначенню основних завдань та принципів стратегії модернізації навчального процесу в умовах пандемії коронавірусу з метою забезпечення підготовки сучасних медичних фахівців.

Ключові слова: психіатрія, он лайн заняття, рейтингове оцінювання, пандемія коронавірусу.

Сучасне інформаційне суспільство та зростаюча поширеність хвороб, зокрема, епідемій висуває нові високі вимоги до фахової підготовки майбутніх спеціалістів у галузі медицини. Розробка стратегії покращення здоров'я українців у кожній медичній галузі є невід'ємною частиною роботи вищого навчального медичного закладу України з підготовки медичних кадрів, спрямованих на позитивний зсув у профілактиці і лікуванні патологічних розладів, у тому числі й психічних [1].

Виклики суспільства, спровоковані різноманітними соціально-психологічними і епідеміологічними причинами світового масштабу, спонукають до удосконалення навчального процесу вищої школи з метою покращення підготовки професійних медичних працівників. Тому важливим в сучасних умовах є впровадження дистанційного навчання для студентів – медиків не погіршуючи освітні стандарти з гарантуванням права студентів на одержання якісної освіти конкурентоспроможної в світовій медицині [2].

В умовах епідемії коронавірусу важливою складовою системи забезпечення якості підготовки майбутніх фахівців є чітка, продумана система подання матеріалу, особливо на клінічних кафедрах, в умовах відсутності практичної роботи студента у ліжка хворого та контролю, що дозволяє своєчасно вносити корективи в освітній процес, а саме - відпрацювання практичних навичок на прикладах клінічних задач. Невід'ємними елементами такої системи є постійний контроль з боку викладача і самоконтроль з боку студентів, що сприяє розвитку їх теоретичних знань та, головне, практичних вмінь ефективно діяти в процесі постановки діагнозу, призначення адекватного лікування, експертизи трудової, військової та, головне, судової, яка визначить осудність чи неосудність хворого при вчиненні ним противоправних дій.

Найважливішим варіантом для вищої медичної освіти є запровадження в нашій державі безперервності та систематичності оцінювання навчальної діяльності студентів шляхом оцінювання знань з кожної теми [3].

Метою статті є висвітлення місця і ролі дистанційного навчання, його основних форм і методів в системі вдосконалення якісної освіти у вищих медичних закладах, зокрема, психіатрії.

Виклад основного матеріалу. Відповідно до робочої навчальної програми для студентів 4 курсу за фахом «Медицина» з дисципліни «Психіатрія» передбачено вивчення організаційних питань децентралізації психіатричної служби, функціонування її підрозділів, правила надання допомоги хворим (амбулаторної, стаціонарної), госпіталізації у психіатричні стаціонари дорослого населення, яке потребує допомоги та, особливо, дітей і підлітків (зі згоди хворого, примусової госпіталізації внаслідок соціально небезпечних дій хворого стосовно оточуючих чи власної особи, для дітей до 15 років зі згоди обох родичів чи опікуна, тощо), диспансерне спостереження, в яке кожного року вносяться поправки, згідно наказів МОЗ України про психіатричну допомогу від 2000 року.

Основний акцент в системі он лайн занять в осінньому семестрі з психіатрії робиться на вивченні загальної психопатології (пізнавальних та дійових процесів свідомості), опанування вмінням визначати психопатологічні синдроми (непсихотичного і психотичного регістрів), проводити диференційну діагностику з подібними станами та постановці клінічного діагнозу з подальшою метою призначення адекватного лікування.

Важливим механізмом забезпечення таких вимог до теоретичного оцінювання знань вважаються усні опитування та тестування у відповідності до теми заняття. Практична сторона заняття регламентується самостійністю вирішення клінічних задач першого і другого рівнів складності, що дає можливість забезпечити кожного студента уявленням про стан його навчальної підготовки (через самоконтроль і самооцінювання).

Такий підхід дає можливість охопити більший об'єм теоретичного та практичного матеріалу, ефективніше оцінити рівень засвоєння матеріалу в кінці заняття, виявити недостатні знання і вміння та внести в них своєчасно доречні корективи, пояснивши незрозумілі психіатричні терміни, методики, тощо .

На практичному занятті викладачем створюється певна психологічна ситуація до якої залучені усі студенти в групі, що допомагає розвивати клінічне мислення, проводити диференційну діагностику, встановлювати попередній діагноз, призначати лікування та рекомендувати, при необхідності, подальше амбулаторне спостереження.

Важливою умовою забезпечення якості професійної підготовки майбутніх медичних фахівців, а, отже, підвищення ефективності навчального процесу в незапланованих робочою навчальною програмою у вищому навчальному закладі, є систематичне одержання об'єктивної інформації про результати діяльності студентів, а саме - оцінювання знань на практичних заняттях з виставленням оцінки за рейтинговою (незадовільно, задовільно, добре, відмінно) п'ятибальною системою, яка вноситься в електронний журнал та є доступною і студентам, і їх родичам. Вважається, що саме повсякденний контроль та рейтингова оцінка спонукає до систематичного відвідування занять та покращення навчання. На курсі психіатрія контролю підлягає увесь навчальний процес. Рейтингова складова залишаються важливою і необхідною стороною навчального процесу і таким чином підвищує мотивацію студентів до здобуття професійних знань та умінь, що є пріоритетним у підготовці майбутніх фахових медичних працівників.

Відвідування студентами он лайн занять є майже 100%. Отже, можна зі значною вірогідністю говорити про підтримання ефективності навчання, яке не змінилося через зміну стратегії навчання, спрямованої на об'єктивну динаміку засвоєння міцних знань протягом усього періоду навчання з дисципліни «Психіатрія».

Таким чином, невеликий досвід он лайн занять з психіатрії (переважна частина весняного семестру та початок осіннього семестру) доводить життєздатність даного підходу до систематичного безперервного навчання за умов непередбачуваних соціальних кризових станів.

Список використаних джерел

1. Bobritska, V. I. (2007). *Tehnologia formuvannia innovatsiynogo osvitiynogo seredovicha u vichomu pedagogichnomu navchalnomu zakladi. Vyshcha osvita Ukrainy*. 3 (7). Kyiv. –*Tematychnyi vypusk «Vyshcha osvita Ukrainy u konteksti intehtratsii do yevropeiskoho osvithnoho prostoru: Monitorynh yakosti osvity»*, 194-201.
2. Lukina, T. (2006). *Monitorynh yakosti osvity: Teoriia i praktyka*. Kiev: Vydavnychiy dim «Shkilnyi svit».
3. *Pedahohichni tekhnolohii u neperervnii profesiinii osviti*. (2001). S. Sysoieva (red). Kiev: Ukraine.

ПРОБЛЕМИ ВІРТУАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ в УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Тодоріко Л.

д.мед.н., завідувач кафедри

Підвербецька О.

к.мед.н., асистент кафедри

Сем'янів І.

к.мед.н., доцент кафедри

**Кафедра фтизіатрії та пульмонології
ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет», Україна**

Пандемія COVID-19 створила умови для вимушеної повної або часткової віртуалізації освіти в усьому світі, у тому числі і в Україні. Перехід на онлайн-навчання вносить свої корективи в організацію будь-якого навчального процесу, однак, для медичної освіти це – справжній виклик, що пов'язано із рядом проблем, з якими зустрічаються учасники освітнього процесу. Мінімізація негативних ефектів потребує чітко продуманої організації навчального процесу, максимальної самовіддачі викладачів, пошуку альтернативних шляхів демонстрації та відпрацювання практичної складової медичної освіти.

Ключові слова: віртуалізація, пандемія, медична освіта, онлайн-навчання.

У ці безпрецедентні часи світ поринув у боротьбу з викликами пандемії коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19), спричиненої новим вірусом SARS-CoV-2 [1; 3; 4]. Повсюдні сплески нових випадків захворювання вимагають застосування жорстких заходів обмеження поширення вірусу через соціальне дистанціювання [2]. Тому віртуалізація освіти (ВО) із використанням платформ для відеозустрічей та широке застосування новітніх інформаційно-комунікаційних технологій, які раніше розглядалися в ракурсі допоміжних інструментів навчання в медичній освіті, на сьогодні стали вимушеною необхідністю, а часом і єдиною можливістю забезпечення безперервності навчального процесу [3].

Зміни у навчанні медиків, які можуть здатися відносно незначними в порівнянні зі світовою пандемією, можуть стати суттєвими поворотними точками у кар'єрному розвитку багатьох майбутніх лікарів [4]. Зокрема, суттєвим недоліком ВО є відсутність спілкування з пацієнтами та

можливості відпрацювання практичних навиків здобувачами освіти (ЗО) [4]. Тому під час проведення практичних занять обов'язковими елементами викладання клінічних дисциплін повинні стати рольова гра «пацієнт-лікар» у вигляді клінічних кейсів, розбір навчальних історій хвороб, що дозволяє відпрацювати навик збору скарг та анамнезу, складання плану обстеження та лікування тощо. Фізикальне обстеження у вигляді аускультатії та перкусії можна частково відпрацювати (інтерпретація) через прослуховування аудіофайлів. Звісно, такий спосіб не зможе замінити безпосереднього проведення фізикального обстеження пацієнта, однак може дати базові знання для диференціації аускультативних даних. Необхідно зазначити, що під час дистанційного навчання не варто відмовлятися від написання історій хвороб студентами, оскільки даний метод забезпечує оволодіння навиками ведення медичної документації. Організувати даний процес можна через демонстрацію даних пацієнтів та алгоритму написання історії хвороби за допомогою мультимедійних презентацій під час практичних занять.

Також важливим завданням викладацького складу у даному ракурсі є переведення максимально можливого обсягу демонстративного навчального матеріалу в електронний варіант (цифрові зображення, мультимедійні презентації, відео). Так, це дасть змогу забезпечити засвоєння навиків інтерпретації більшості методів дослідження.

Окрім того, перешкодою до повноцінного навчання онлайн може стати дефіцит технічних навичок, необхідних для впровадження онлайн-навчання, як з боку професорсько-викладацького складу, так і з боку здобувачів освіти старшої вікової категорії (медичний персонал під час проходження підвищення кваліфікації)[5]. Тому важливою є організація навчання для потребуючих цього викладачів та працівників медичних закладів з метою отримання навик впевненого користування інструментами проведення онлайн-занять та участі в них[5].

Окрім того, відсутність безпосереднього контакту між учасниками освітнього процесу часом створює певний психологічний бар'єр, знижує сприйняття навчального матеріалу. Тому важливо максимально наблизити формат занять до звичного аудиторного – проводити заняття з увімкненою камерою, різнобічно використовувати усі можливі технічні інструменти для візуалізації матеріалу.

Переривчастий доступ до Інтернету також може створити перешкоду для донесення матеріалу викладачем та сприйняття ЗО [5]. Якщо дану проблему можна вирішити на рівні закладу, то значно важче вплинути на

даний факт з боку ЗО. Тому додатково в організації освітнього процесу можна застосовувати спілкування в чатах, дискусії в доступних месенджерах та закритих групах соціальних мереж тощо [6]. Даний варіант можна частково застосовувати в комплексній оцінці знань ЗО через написання відповідей на клінічні кейси, а також для демонстрації, розбору та обговорення різних клінічних випадків, методів дослідження та лікування тощо.

Ще одна з гілок ВО заслуговує на увагу – соціальні мережі, такі як Twitter, Facebook тощо на сьогодні стали дуже популярними в академічній галузі гуртків, оскільки можуть забезпечити широке коло аудиторії та дозволяють здійснити безпосередню дискусію між учасниками [6]. Окрім того, соціальні медіа на сьогодні дозволяють інформувати широку аудиторію медичного персоналу щодо можливостей підвищення власної кваліфікації в рамках безперервного професійного розвитку, забезпечуючи таким чином конкурентний ринок надання освітніх послуг для лікарів з високою якістю наданої інформації ЗО, можливістю індивідуального розвитку кожного лікаря відповідно до його мотивації та інтересів.

Таким чином, віртуалізація освіти на даний час є надважливим процесом, який дозволяє забезпечити безперервність навчання як студентів-медиків, так і лікарів для постійного професійного розвитку. Недоліки, які супроводжують процес дистанційного навчання, можуть бути частково або ж повністю нівельованими спільними зусиллями усіх учасників освітнього процесу шляхом максимального забезпечення наочності матеріалу, організації навчання технічним навикам, необхідним для дистанційного навчання, викладацького персоналу навчальними закладами та лікарів лікувальними установами, грамотний психологічний підхід викладачів до мотивації та контролю знань здобувачів освіти, впровадження усіх можливих сучасних комунікаційних та інформаційних технологій для представлення новітньої навчальної інформації та обміну досвідом, дискусій, а також через самовмотивованість здобувачів освіти.

Список використаних джерел

1. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. (2020). URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.

2. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.

3. Zaid, I. Almarzooq, MathewLopes, AjarKochar, (2020). Virtual Learning Duringthe COVID-19 Pandemic: A Disruptive Technology in Graduate Medical Education. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(20),2627-2629.doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.015.

4. Ahmad Al Samaraee, 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on medical education. (2020). *Br J Hosp Med*. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0191>

5. Diane O'Doherty, Marie Dromey, Justan Lougheed, Ailish Hannigan, Jason Last and Deirdre McGrath. (2018). Barriers and solutions to online learning in medical education – an integrative review. *BMC Medical Education*, (18), 130-141. doi.org/10.1186/s12909-018-1240-0.

6. Ajar Kochar, Jennifer Rymer, Zainab Samad, (2018). Disrupting Fellow Education Through Group Texting. Whats App in Fellow Education? *Journal of the American College of Cardiology*, 72(25), 3366 – 3369. doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.007.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Юзько О.

*Д.мед.н., професор, завідувач кафедри
Кафедра акушерства та гінекології,
ВНДЗ України «Буковинський державний
медичний університет», Україна*

Реалії сьогодення вищої медичної школи зобов'язують викладачів клінічних кафедр шукати нові механізми навчання лікарі-інтернів практичним навичкам, зокрема участі в операціях, пологах та роботі в маніпуляційних. Реальною можливістю це зробити є дистанційне навчання та висвітлення, в першу чергу, лекційного матеріалу. в той же час, лікарі-інтерни з допомогою трансляцій операцій безпосередньо online «віртуально» можуть приймати в них участь, тобто проходити практичну частину навчання. в подальшому практичні навички можуть бути «відшліфовані» на симуляторах. в тезах розглянуті позитивні та негативні сторони дистанційного навчання.

Ключові слова: дистанційне навчання, лікарі-інтерни

Використання сучасних технологій при підготовці лікарів-інтернів є покликком часу. з цією метою на етапі післядипломної освіти доцільно використовувати дистанційну форму навчання як інноваційний метод організації навчального процесу. Оскільки інтернатура є першим перехідним етапом на шляху до самостійної професійної діяльності майбутнього лікаря, саме в цей період пріоритетним завданням є формування навиків самонавчання та самовдосконалення лікарів-інтернів, які так необхідні в їх подальшій професійній діяльності. Цієї мети можна досягти за рахунок самостійного навчання лікаря-інтерна та його інтерактивної співпраці з викладачем, що, в свою чергу, дасть змогу забезпечити постійний ефективний зворотній зв'язок.

Система дистанційної підготовки має ряд суттєвих переваг для лікарів-інтернів порівняно з традиційною формою навчання: доступність (в географічному і часовому просторі), постійний доступ до різної навчальної інформації (в тому числі і до мультимедійних матеріалів, відео- та аудіозаписів лекцій та семінарів, електронних посібників та методичних рекомендацій), ефективний постійний дистанційний діалог, можливість обговорення важливих питань у чатах, на форумах та під час відео конференцій [1]. з іншого боку, дистанційна модель навчання не лише надає можливість індивідуального підходу, а й дозволяє викладачам контролювати успішність кожного лікаря-інтерна на занятті. Перевірка засвоєння матеріалу може проходити у вигляді виконання певного індивідуального завдання та у вигляді тестів, результати яких одразу з'являються на моніторі комп'ютера. Використання новітніх дистанційних технологій дає реальну можливість транслювати з операційної, пологового залу та відділень, практичний матеріал online. Сучасні інформаційні технології дозволяють учасникам дистанційного навчання досить швидко доєднатись до викладача в операційній, маніпуляційній, при огляді пацієнта та результатів обстеження; спілкуватися і консультуватися з різними фахівцями; оперативно взаємодіяти у реальному часі, тобто брати участь в операціях віртуально [2]. Це забезпечує доступність і відкритість дистанційного навчання, тобто дозволяє лікарю вчитися практично постійно, адже доєднатись лікарі-інтерни можуть в будь-який час, коли є цікава практична ситуація. Можливе доєднання до інших лікувальних закладів, в тому числі з різних країн. Значною перевагою дистанційного навчання є його індивідуальний характер.

Крім зазначених переваг дистанційне навчання має і свої недоліки. Якість отриманих практичних знань залежить від ефективності організації занять, методичної якості матеріалів, міри володіння викладачем та лікарем-інтерном сучасними інформаційними технологіями, наявності у лікаря-інтерна персонального комп'ютера з необхідним програмним забезпеченням, підключеного до мережі Інтернет [2]. у порівнянні з традиційним навчанням планування та опрацювання інформації для дистанційних курсів є більш складним для викладача. Такий курс вимагає більшої гнучкості, детальнішої проробки змісту, ретельнішого планування, підтримки слухачів. Результат навчання значною мірою залежить від відповідальності та вміння організувати роботу викладачем та слухачами. Слід також врахувати, що підготовка лікарів включає значну кількість практичних занять, заміна яких комп'ютерними симуляторами є досить дорогою.

Таким чином, дистанційне навчання у вищих медичних навчальних закладах є альтернативою, а не заміною традиційної освіти. Воно покликане забезпечити доступність освіти за умови збереження її якості.

Список використаних джерел

1. Давиденко, О. О., Дученко, М. А. (2017). Дистанційна форма навчання – одна із форм фахової підготовки провізорів-інтернів. Підготовка медичних кадрів у сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я України. Тези доповідей навчально-методичної конференції. Вінниця: Україна, (50). Вилучено з https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tez_dopov.pdf
2. Іващук, О. В., Юрій, Р. Ф. (2017). Особливості дистанційного навчання у вищих медичних навчальних закладах. Підготовка медичних кадрів у сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я України. Тези доповідей навчально-методичної конференції. Вінниця: Україна, 75-76. Вилучено з https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tez_dopov.pdf

СЕКЦІЯ:
**АКТУАЛЬНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКАРІВ
І ПРОВІЗОРІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ**

**СТАНОВЛЕННЯ САМОСВІДОМОСТІ ЛІКАРІВ – АКТУАЛЬНА
ПСИХОЛОГІЧНА І ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА**

Єрошкіна Т.

*доктор медичних наук, професор кафедри
Кафедра загальної медицини з курсом
фізичної терапії Дніпровського
національного університету імені Олеся
Гончара, м. Дніпро, Україна*

<https://orcid.org/0000-0003-4777-9149>

Структура самосвідомості людини складна. Вона відзначається різноманітністю форм вияву, які пов'язані з усіма аспектами її психічної діяльності: пізнавальною, емоційною, вольовою. Самосвідомість не є вродженою характеристикою людини, вона формується поступово, проходячи етапи самовідчуття, самосприйняття, саморозуміння. Мета: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості самосвідомості лікарів-клінічних лаборантів та сімейних лікарів. Методи: емпіричне дослідження та статистичний. Результати: лікарі-лаборанти переважають за середньою самооцінкою (63,37%), а сімейні лікарі – за високою самооцінкою (53%). Низька самооцінка зовсім не притаманна сімейним лікарям, у лікарів-лаборантів вона склала 6,67%; за інструментальними цінностями (методика Рокича) «охайність, порядок в речах та справах», вони значно вищі у лікарів-лаборантів. Статистично вірогідні розбіжності виявленні за термінальними цінностями «любов», з перевагою сімейних лікарів, та «здоров'я» – з перевагою лікарів-лаборантів. Самоактуалізація відіграє значну позитивну роль у самосвідомості особистості сімейних лікарів. у самосвідомості лікарів-лаборантів самоактуалізація відіграє значно меншу роль. Висновки. Розвиток особистості та самосвідомості – процес по суті своїй безкінечний. Дане емпіричне дослідження вносить корективи у вже відомі дослідження самосвідомості особистості, а саме – існування відмінностей у самосвідомості особистостей різних професійних напрямків.

Ключові слова: самосвідомість, особливості становлення, сімейні лікарі, лікарі-лаборанти.

Актуальність дослідження. «Самосвідомість – найважливіший аспект емоційного інтелекту – це не тільки знання себе, а й ставлення до себе» [1]. Самосвідомість – цілісне віддзеркалення людиною своєї власної особи, психічна модель свого Я. Змістом самосвідомості є усвідомлення людиною своїх фізичних, психічних властивостей, дій, відчуттів і прагнень [2]. Можна виділити якісь загальні закономірності в розвитку самосвідомості як психологічного явища, проте реальна самосвідомість завжди належить конкретній особі, що йде своєю унікальною життєвою дорогою [3; 4].

Розвиток особи і самосвідомості не може відбуватися поза суспільним контекстом, Я формується лише у взаєминах. Структура самосвідомості людини складна. Вона відзначається різноманітністю форм вияву, які пов'язані з усіма аспектами її психічної діяльності: пізнивальної – самокритичність, самоаналіз, самооцінка, самопереконавання, самоіронія; емоційної – самозадоволення, самоповага, самолюбство, самосхвалення; вольової – самодисципліна, самонаказ, самоконтроль, саморегуляція, самовимогливість тощо [5].

У самосвідомості існує два механізми діяльності: ототожнення себе з ким-небудь (самоідентифікація) і інтелектуальний самоаналіз Я (рефлексія і саморефлексія). Самосвідомість не є вродженою характеристикою людини, вона формується поступово, проходячи етапи самовідчуття, самосприйняття, само розуміння і розвивається, змінюється, збагачується впродовж життя людини [6].

Даних про дослідження самосвідомості лікарів-лаборантів та сімейних лікарів в доступній літературі не знайдено, що обумовило актуальність дослідження.

Мета: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості самосвідомості лікарів-клінічних лаборантів та сімейних лікарів.

Методи: в емпіричному дослідженні взяли участь дві вибірки: 60 осіб – основна група – лікарі-лаборанти і 60 осіб – сімейні лікарі. Методики: «Дослідження самооцінки особистості» С. А. Будасі, «Ціннісні орієнтації» М. Рокича, «Діагностика реальної структури ціннісних орієнтацій особистості» С. С. Бубнова; модифікований опитувальник «Діагностика самоактуалізації особистості (САМОАЛ)» А. В. Лазукіна в адаптації Н. Ф. Калини; тест-опитувальник самоставлення (ТСО) В. В. Століна та С. Р.

Пантелеєва. Обробка результатів проведена за допомогою статистичних методів: оцінка міжгрупових розбіжностей за t – критерієм Стьюдента; кореляційний аналіз за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена та лінійного кореляційного аналізу Пірсона. Для обробки результатів було застосовано математико-статистичні пакети Microsoft Excel та STATISTICA 6.0.

Результати. Саморозвиток лікаря – це цілеспрямований процес самовдосконалення, що детермінується метою і стратегією професійної діяльності, здобуттям професійних знань, умінь та навичок, виникненням потреби розвитку професійних якостей. Самооцінка – суб'єктивне утворення в людській психіці, але воно є відображенням норм і оцінок, що існують в суспільстві та в міжособистісних відносинах [7].

Встановлено, що лікарі-лаборанти переважають за середньою самооцінкою (63,37%), а сімейні лікарі – за високою самооцінкою (53%). Низька самооцінка зовсім не притаманна сімейним лікарям, у лікарів-лаборантів вона склала 6,67%.

Статистично значущі розбіжності між середніми показниками інструментальних цінностей у груп лікарів (методика Рокича) встановлено за інструментальною цінністю «охайність, порядок в речах та справах», вони значно вищі у лікарів-лаборантів.. За такими цінностями як «старанність», «тверда воля», та «широта поглядів, толерантність» розбіжностей не встановлено. Інші середні показники інструментальних цінностей лікарів мають статистично не суттєві розбіжності.

Статистично вірогідні розбіжності виявленні за термінальними цінностями «любов», з перевагою сімейних лікарів, та «здоров'я» – з перевагою лікарів-лаборантів. Для лікарів-лаборантів найвищі показники були за термінальними цінностями «творчість», «воля», «краса природи та мистецтва», «розваги», «пізнання»; для сімейних лікарів – «творчість», «щастя інших», «розваги», «суспільне покликання», «воля».

Встановлено, що самоактуалізація відіграє значну позитивну роль у самосвідомості особистості сімейних лікарів, оскільки більшість компонентів її мають позитивний статистично значущий зв'язок з більшістю аспектів самосвідомості. у самосвідомості лікарів-лаборантів самоактуалізація відіграє значно меншу роль.

Висновок. Розвиток особистості та самосвідомості – процес безкінечний. Дане емпіричне дослідження вносить корективи у вже відомі дослідження самосвідомості, а саме – існування відмінностей у самосвідомості особистостей різних професійних напрямків (на

прикладі лікарів-лаборантів та сімейних лікарів). Перспективи подальших досліджень полягають у докладнішому вивченні категорії «самосвідомість» у зв'язку з професійним спрямуванням особистості.

Список використаних джерел

1. Подоляк, Л. Г., Юрченко, В. І. (2006). Психологія вищої школи: навч. посіб. для магістрантів і аспірантів. Київ : ТОВ «Філ-студія».
2. Лебедева, Н. Г., Джурелюк, О. Т., Самойленко, Д. О. (2009). Основи психології і педагогіки: консп. лекц. Алчевськ: ДонДТУ.
3. Карпинский, К. В. Психология жизненного пути личности. URL: <http://www.myword.ru>.
4. Рубинштейн, С. Л. (2002). Основы общей психологии. Санкт-Петербург: Питер.
5. Рубинштейн, С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир. (2003). Санкт-Петербург: Питер.
6. Сергеєнкова, О. П., Столярчук, О. А., Коханова, О. П. (2012). Загальна психологія: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури.
7. Варій, М. Й. (2007). Загальна психологія: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Чорний О.

*кандидат медичних наук, докторант
кафедри*

***Кафедра публічного адміністрування,
Міжрегіональна Академії управління
персоналом***

Досліджено базові трансформації, що відбуваються у системі охорони здоров'я детерміновані сучасним соціально-економічним станом в Україні. Істотні позитивні зрушення в покращенні здоров'я населення можуть бути досягнуті при помірному зростанні витрат за рахунок реалізації комплексної стратегії, орієнтованої на оптимальне поєднання медичних та соціальних чинників боротьби із захворюваннями.

У медичній галузі належить здійснити структурні перетворення, націлені на оптимізацію медичної допомоги на основі посилення

координації, більш цілеспрямованої і якісної підготовки медичного персоналу та покращення технічної оснащеності медичних установ. Визначено елементи модернізації у процедурі надання безкоштовних послуг із лікування населення та контролю за даною діяльністю у системі охорони здоров'я.

Для цього необхідно сформувавши систему незалежного контролю якості медичних послуг, доцільно поступово вводити додаткові платежі при лікуванні пацієнтів. Обґрунтовано необхідність комплексного підходу в державній соціально-гуманітарній політиці щодо трансформації системи охорони здоров'я на сучасному етапі. Високі показники смертності і захворюваності населення - головний виклик системі охорони здоров'я, показники захворюваності населення продовжують рости.

Ключові слова: *соціальні фактори, трансформація, система охорони здоров'я, стабілізація, психологічні аспекти,*

Структура професійної самосвідомості лікаря і його прагнення до підвищення якості медичної діяльності вимагають безперервного професійного розвитку, вдосконалення управління цим багатоплановим процесом. Пріоритет розвитку особистості лікаря в процесі його професіоналізації визначає успіх і ефективність лікарської діяльності. Удосконалення психології лікарської праці як системного явища вимагає безперервної соціалізації і професіоналізації.

Медичний персонал відноситься до дорогих ресурсів, що вимагає великих витрат на підготовку кваліфікованих фахівців. На відміну від більшості ресурсів, цінність яких з часом знижується, цінність кадрових ресурсів з накопиченням професіоналізму і досвіду лише збільшується. Роль лікаря полягає, перш за все, в тому, що він організовує своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта, надаючи інформацію про стан його здоров'я.

Невід'ємним атрибутом особистості поряд з кваліфікацією є психологія лікаря. Крім високої кваліфікації, психологічно осмислене ставлення до пацієнтів є запорукою визнання авторитету і успіху медичної професії. Праця лікаря є складним процесом, успіх і повагу обумовлені безперервним вдосконаленням його медичних знань, лікарським професіоналізмом, налагодженням ефективних комунікацій з пацієнтами.

Сюди ж відносяться: безперервне пізнання взаємопов'язаних фундаментальних і спеціальних клінічних дисциплін, освоєння сучасних методів діагностики хвороб, освоєння кращого медичного досвіду,

безпосереднє спілкування з пацієнтами, проникнення лікаря в суть їх потреб і переживань [2, с. 14]. Успішне лікування, навіть при використанні досягнень медичної науки, в значній мірі обумовлені мистецтвом професійного лікування.

Усвідомлення лікарем себе як фахівця в медичній організації є психологічним умовою професіоналізації його особистості. При отриманні високого звання лікаря випускник медичного вузу приймає на себе низку моральних зобов'язань, які зумовлюють психологію його розвитку як особистості і громадянина. Пріоритет інтересів пацієнта при наданні медичної допомоги - це головний життєвий імператив і психологічна орієнтація діяльності лікаря.

Як відомо, лікаря характеризують, перш за все, професійний рівень, кваліфікація, розвинений професіоналізм. До того ж, рекомендації консультантів можуть бути прийняті переважно за погодженням з лікуючим лікарем. Саме лікуючий лікар несе відповідальність за несумлінне виконання своїх професійних обов'язків. а якщо вести мову про лікаря, то в процесі спілкування з пацієнтом він повинен відчувати його переживання і емоційний стан, показати своє прагнення до співучасті у вирішенні проблеми.

Професійна самосвідомість спонукає лікарів до побудови своєї поведінки відповідно до завдань медичної організації та її функцій, свідомого підпорядкування вчинків етичним і професійним вимогам, належного володіння собою, особистими почуттями, прагненнями, емоціями і переживаннями. Саме від професійної самосвідомості залежать формування соціо-психічних станів, оцінка своїх знань і умінь, здійснення завдань професійного самовдосконалення.

Випробуваною формою соціалізації лікаря виступають його професійна підготовка і подальше безперервне навчання, формування необхідних компетентностей і компетенцій. До найбільш професійно значущим психологічним якостям лікаря відносяться: широкий діапазон знань, комунікативна компетентність, емоційна стабільність, впевненість у своїх діях [3, с. 34]. Відомо, що діяльність лікаря проходить в умовах підвищених соціо-психологічних вимог на сучасному етапі розвитку суспільства.

Здебільшого вона пов'язана з високим розумовим і психо-емоційним напруженням. в контексті розгляду психологічних особливостей соціального і професійного розвитку лікаря на перший план зазвичай виноситься питання про відповідальність за якість медичної допомоги

населенню. Високий рівень якості професійного виконання лікарем своїх функцій і завдань визначається багатьма факторами. Динамічним оснащенням і освоєнням медичними організаціями передових технологій, широким впровадженням сучасної техніки і ефективних принципів управління обумовлена необхідність врахування особистісних факторів лікаря, його психологічних характеристик.

Це досягається як в процесі професійної підготовки, так і протягом усього професійного шляху суб'єкта лікарської діяльності. Професійне становлення лікаря як суб'єкта медичної галузі є складним процесом. Він включає в себе формування сукупності професійних знань, умінь і навичок і професійно значущих соціо-психологічних якостей. Такі завдання могли б бути вирішені через розробку і реалізацію програми психологічного супроводу процесу безперервного професійного медичної освіти на вузівському і післявузівському етапах, професійного розвитку особистості практикуючого лікаря в умовах конкретної медичної організації.

Одна з основних психологічних особливостей діяльності лікаря полягає в рівні розвитку використовуваних комунікативних і організаторських ресурсів [1, с. 21]. у тому, що в системі охорони здоров'я проявилися позитивні тенденції якісного зростання, величезна заслуга лікарів медичних організацій. у медичних організаціях освоюються інноваційні підходи, реалізується комплексна програма профілактичної допомоги населенню, професійного розвитку лікарів.

Список використаних джерел

1. Білинська, М. М., Мельник, Л. А., Радиш, Я. Ф. (2013). *Здоров'я громадян України – стратегічний ресурс держави* [The health of Ukrainian citizens is a strategic resource of the state]. М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш (ред.). Державна політика у сфері охорони здоров'я. Київ: НАДУ.

2. Кризина, Н. П. (2007). *Державна політика України в галузі охорони здоров'я: генезис, тенденції та закономірності розвитку* [State policy of Ukraine in the field of health care: genesis, tendencies and patterns of development]. Київ: Вид-во НАДУ.

3. Лаврентій, Д. С. (2019). *Механізм державно-приватного партнерства в процесі реформування сфери охорони здоров'я в Україні (автореферат)* [Public-private partnership mechanism in the process of healthcare reform in Ukraine]. ПАТ «Вищ. навч. закл. «Міжрегіон. акад. упр. персоналом», Київ, Україна.

ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК-ЛІКАРІВ У КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЯХ

Рохлецова Ю.

студентка II курсу

КНУ імені Т. Шевченка, Україна

Автором розглянуто актуальну проблему особливостей поведінки жінок-лікарів у конфліктній взаємодії. Представлено результати емпіричного дослідження щодо взаємозв'язку провідного стилю поведінки у конфліктній ситуації залежно від посад жінок-лікарів, що вони обіймають. Встановлено, що найчастіше досліджувані застосовують стиль «Ухилення», а найрідше – стиль «Конфронтація». Констатовано, що для «жінок-керівників» характерним є використання змішаного стилю поведінки. Поведінка «жінок-співробітників» у конфліктній взаємодії подібна поведінці «жінок-НПП», а саме в конфліктній взаємодії найчастіше застосовується стиль «Ухилення».

Ключові слова: Конфлікт, стилі поведінки у конфліктних ситуаціях, жінки-лікарі, жінки-керівники, жінки-НПП.

Вступ. Конфлікти завжди цікавили суспільство і науковців. Думки про конфлікти, як правило, викликають неприємні асоціації: погрози, ворожість, нерозуміння, образи, спроби і прагнення, часом безнадійні, довести власну правоту тощо. у результаті склалася думка, що конфлікт – завжди явище негативне, небажане для кожного з нас. Вони розглядаються, як щось таке, чого варто уникати [1]. Конфлікти займають провідне місце серед досліджень багатьох наук: конфліктології, соціології, психології, політології, педагогіці, медицині. Це пов'язано з широтою об'єктних і предметних полів, а найголовніше, – безпосереднім виходом на особистісний аспект конфліктів – визначенням психологічних механізмів й особистісних детермінант конфліктної поведінки.

Мета дослідження. Ми маємо на меті емпірично дослідити й описати відмінності між провідними стилями поведінки у конфліктній ситуації серед жінок-лікарів залежно від займаної ними посади.

Матеріал та методи дослідження. Для реалізації емпіричного дослідження нами було залучено 32 жінки, у віці від 25 до 60 років, що працюють лікарями-дерматовенерологами у закладах охорони здоров'я м. Києва. Середній вік опитуваних становив 45,41 роки та лікарський стаж – 20,84 років. Залежно від займаної посади досліджувані жінки були диференційовано на три групи: перша група – «жінки-керівники» – 9

жінок-лікарів, що обіймали керівні посади (завідувач відділення, заступник головного лікаря з медичних питань), друга група – «жінки-науково-педагогічні працівники (далі – жінки-НПП)» – 9 жінок-лікарів, що працюють на посадах професорів, доцентів та асистентів кафедри дерматовенерології; третя група – «жінки-співробітники» – 14 жінок-лікарів, що працюють лікарями у закладах охорони здоров'я. Групи порівняні між собою за віком та лікарським стажем.

За допомогою методики Томаса-Кілманна (адаптація Н. Гришиної) нами визначався провідний стиль поведінки у конфліктній ситуаціях серед жінок-лікарів. Статистичний розрахунок отриманих результатів здійснювався за допомогою пакету «Аналіз даних» *Microsoft Excel*.

Результати та їх обговорення. Застосування методики показало, що у досліджуваних жінок За результатами аналізу емпіричного дослідження, проведеного серед жінок-лікарів, встановлено динаміку вияву у балах за стилями поведінки у конфліктних ситуаціях. Зокрема, за стилем «Конфронтація» кількість відповідей коливається від 0 до 9 балів, за стилем «Співробітництво» – від 4 до 9 балів, «Компроміс» – від 4 до 9 балів, «Ухилення» – від 5 до 12 балів, «Пристосування» – від 1 до 11 балів.

Встановлено, що у досліджуваних жінок-лікарів провідним стилем поведінки у конфліктній ситуації є стиль «Ухилення» ($8,50 \pm 0,33$), що статистично значущо переважає середні показники інших стилів поведінки у конфлікті: співробітництво ($6,47 \pm 0,30$), пристосування ($5,03 \pm 0,37$) та конфронтацію ($3,44 \pm 0,42$). Найменше у вирішенні конфлікту жінки використовують стиль «Конфронтація», середній показник якого статистично значущо нижчим від середніх показників інших стилів.

Як видно з таблиці 1, серед досліджуваних першої групи – «жінок-керівників» констатовано, що кількість відповідей за стилем «Конфронтація» коливається від 1 до 9 балів, за стилем «Співробітництво» – від 2 до 9 балів. Кількість відповідей ними за стилем «Компроміс» було обрано від 4 до 9 балів, за стилем «Ухилення» – від 5 до 8 балів й «Пристосування» – від 1 до 7 балів.

Отримані середньогрупові показники серед «жінок-керівників» вказують, що у конфліктній взаємодії для них є характерним застосування змішаного стилю поведінки, тобто поєднання стилів «Ухилення» ($7,44 \pm 0,71$) та «Пристосування» ($4,44 \pm 1,07$) залежно від ситуації та обставин, що склалися. Найменше у конфліктних ситуаціях вони застосовують стиль «Пристосування», що достовірно нижчий за показник

стилю «Ухилення». Відмітимо, що використання «жінками-керівниками» стилю «Ухилення» є свідченням про їх прагнення обходити позицію, що може викликати суперечки і спричиняти їм неприємності. Саме це, спонукає їх обирати даний стиль задля уникнення як самого конфлікту так і недопущення власної надмірної внутрішньої напруженості.

Таблиця 1

Середньогрупові показники щодо застосування провідних стилів поведінки у конфліктних ситуаціях жінками-лікарями

Стилі поведінки	Групи дослідження (M ± m)		
	1 група	2 група	3 група
Співробітництво	6,56 ± 0,69	6,33 ± 0,53 **	6,50 ± 0,44 ****
Конфронтація	5,00 ± 1,04	3,00 ± 0,50 **	2,71 ± 0,52 ****
Ухилення	7,44 ± 0,71 *	9,44 ± 0,56 **	8,57 ± 0,40 *****
Компроміс	6,56 ± 0,59	5,89 ± 0,45 **	7,00 ± 0,33 ****
Пристосування	4,44 ± 1,07*	5,33 ± 0,53 **	5,21 ± 0,41 ****

Примітка:* – відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,05$ між показниками; ** – відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,001$, зі стилем «Ухилення»; *** – відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,05$, зі стилем «Конфронтація»; **** – відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,05$, зі стилем «Ухилення»; ***** – відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,05$, зі стилем «Конфронтація».

Відзначимо, що у другій групі «жінки-НПП» обирали стиль «Конфронтація» від 1 до 5 разів, стиль «Співробітництво» – від 4 до 9 разів, стиль «Компроміс» – від 4 до 8 разів, стиль «Ухилення» – від 6 до 12 разів й стиль «Пристосування» – від 3 до 7 разів.

У «жінок-НПП» провідним стилем поведінки у конфліктних ситуаціях є стиль «Ухилення» ($9,44 \pm 0,56$), що за високим рівнем статистичної значущості переважає інші стилі поведінки у вирішенні наявного конфлікту. Слід відмітити, що ними стиль «Конфронтація» ($3,00 \pm 0,50$) обирається найменше, середній показник якого достовірно нижчий середніх показників усіх інших стилів поведінки у конфлікті. Стилі «Співробітництво» ($6,33 \pm 0,53$), «Компроміс» ($5,89 \pm 0,45$) та «Пристосування» ($5,33 \pm 0,53$) використовуються у рівній мірі.

У третій групі серед «жінок-співробітників» динаміка відповідей за стилем «Конфронтація» коливалася від 0 до 6 балів, стилем «Співробітництво» – від 4 до 9 балів. Кількість відповідей за стилем

«Компромiс» варіювалася від 4 до 9 балів, за стилем «Ухилення» – від 5 до 12 балів.

Можемо стверджувати, що поведінка «жінок-співробітників» у конфліктній взаємодії подібна поведінці «жінок-НПП». «Жінки-співробітники» також найчастіше застосовують у конфліктних ситуаціях стиль «Ухилення» ($8,57 \pm 0,40$), середній показник якого достовірно перевищує застосування інших стилів. Стиль «Конфронтація» ($2,71 \pm 0,52$) обирається ними найменше, що є достовірно нижчим, ніж використання інших стилів. Стілі «Компромiс» ($7,00 \pm 0,33$), «Співробітництво» ($6,50 \pm 0,44$) та «Пристосування» ($5,21 \pm 0,41$) застосовуються у рівній мірі.

Результати порівняння провідних стилів поведінки у конфліктній ситуаціях серед досліджуваних «жінок-керівників», «жінок-НПП» та «жінок-співробітників» показали, що найчастіше усі групи жінок застосовують стиль поведінки «Ухилення». Водночас, наявна тенденція меншого застосування стилю «Конфронтація» у вирішенні конфліктів у «жінок-НПП» та «жінок-співробітників», ніж у «жінок-керівників». Виявлено, що «жінки-НПП» та «жінки-співробітники» менше йдуть на загострення ситуації та погіршення стосунків. Інших розбіжностей у застосуванні стилів у конфліктній взаємодії між групами жінок не встановлено.

Висновки. Отже, підсумовуючи результати емпіричного дослідження можемо відзначити, що у досліджуваних жінок-лікарів у конфліктних ситуаціях провідним стилем поведінки є стиль «Ухилення», а найменше застосовується – стиль «Конфронтація».

Таким чином, займана посада вносить певні корективи у поведінку жінок-лікарів при конфліктній взаємодії. Для «жінок-керівників» характерним є використання змішаного стилю поведінки, із застосуванням стилів «Ухилення» та «Пристосування». Для «жінок-НПП» та «жінок-співробітників» пріоритетним стилем поведінки у конфліктній взаємодії є стиль «Ухилення», а стиль «Конфронтація» є найменш обраним.

Список використаних джерел

1. Анцупов, А. Я., Шипилов, А. И. (2018). Конфликтология. Санкт-Петербург: Питер.
2. Методика Томаса – Килманна виявлення ведучого поведінки в конфліктній ситуації. Автори К. Томас, Р. Килманн (в адаптації Н. В. Гришиной). <http://www.nekrasovspb.ru/doc/18tomas-kilmen.pdf>.
3. Папонова Н. Е. (2012). Конфліктний менеджмент і общність інтересів. *Кадрь підприємства*, (5), 36–43.

ОСНОВИ ОЦІНЮВАННЯ ТА МОНІТОРИНГУ РІВНЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Барзилович А.

Кандидат медичних наук

м. Київ, Україна

Питання дослідження якості медичних послуг є основними для підвищення ефективності функціонування медичних закладів, зміни структури послуг та задоволення пацієнтів. Для оцінки якості необхідна інформація, що свідчить про адекватність медичної допомоги з точки зору відповідності х технологій, що застосовуються для діагностики та лікування потребам і очікуванням населення[3].

Ключові слова: моніторинг, якість медичних послуг, рівень медичних послуг.

Сьогодні не існує єдиного узагальненого визначення якості медичних послуг. Дослідницькою групою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) запропоновано системний підхід щодо оцінювання рівня якості, яким забезпечено оцінювання медичної послуги на підставі таких аспектів [1]:

- адекватності, що характеризується відповідністю застосовуваних медичних технологій потребам і очікуванням населення;
- економічної ефективності;
- науково-технічного рівня, що свідчить про сучасність застосовуваних методів профілактики, діагностики та лікування.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 липня 2011 року № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного словника з питань управління якістю медичної допомоги»: «якість медичної допомоги – це надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я» [2].

У більшості досліджень розглядаються три аспекти якості медичної послуги: якість структури; якість процесу; якість кінцевого результату (рис. 1).

Аналіз структурних показників якості медичних послуг повинен проводитися на підставі обстежень постачальників медичних послуг: як дослідження ресурсів медичних установ, так і опитувань медичного персоналу [3].

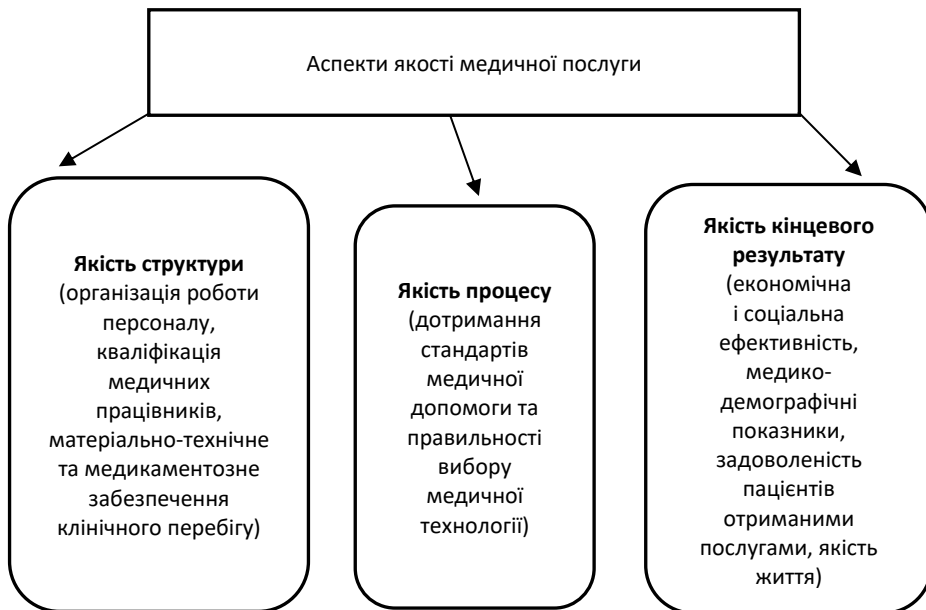


Рис. 1. Основні аспекти якості медичної послуги
Джерело : власна розробка автора

Оцінювання якості медичних послуг в методологічному аспекті може спиратись на такі ключові підходи:

перший підхід: безпосередньо медичний аспект якості (отриманий пацієнтом клінічний результат);

другий підхід: якість обслуговування (умови перебування в установах та медичних закладах, оперативність доступу, поведінка медичного персоналу);

третій підхід: соціальний вимір, що відображає ступінь, в якому система відповідає схвалюваній суспільством соціальній етиці охорони здоров'я; соціальну якість даної сфери можна визначити як забезпечення кожному громадянину вільного доступу до медичних послуг і захисту від фінансових проблем при настанні хвороби.

Інформація про якість процесу може бути зібрана трьома основними способами: спостереженням за прийомом лікаря, на основі аналізу звітної інформації медичних установ і з медичних карт. Якість результату в наданні медичних послуг може бути оцінена на підставі індексів

результативності. Необхідні для цього медичні та економічні індикатори результативності можуть бути отримані зі звітної інформації медичних установ і з даних обстежень амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладів. Критерієм соціальної ефективності медичних послуг є: задоволеність пацієнтів, яка оцінюється шляхом опитування населення [3].

Одним з показників якості може бути доступність для населення медичних послуг. Доступність характеризується такими чинниками, як територіальне розташування, фінансовий і культурний аспекти. Одним із основних показників доступності для населення медичних послуг, фахівці вважають частку населення, що охоплюється системою охорони здоров'я, зміст набору послуг, що надаються, наявність так званого поділу витрат, географічні, організаційні бар'єри і рівень використання доступних послуг [4].

На нашу думку, забезпечення доступу варто пов'язувати з можливістю вибору лікаря або медичного закладу. Позитивний вплив вибору на доступність медичних послуг для більшості населення проявляється при високому загальному рівні якості роботи лікарів і медичних установ загалом, а також їх адекватному територіальному розподілі.

Загалом, процес оцінювання якості медичних послуг може складатись із кількох етапів: вибору показників для оцінювання; вибору методів оцінювання; власного оцінювання; вироблення рекомендацій про підвищення якості медичних послуг на основі результатів оцінювання; прийняття рішень (рис. 2). Варто зазначити, що досягнення якості надання медичних послуг передбачає постійний моніторинг і оцінювання заходів, що вживаються для аналізу отриманої інформації керівниками медичних закладів.

Призначення моніторингу – регулярний збір даних (контроль індикаторів) і послідовне відстеження ситуації порівняно з поточним періодом відповідно до заявлених завдань. Оцінювання передбачає систематичний збір інформації із заздалегідь визначеними цілями. Вона може бути формуючою, тобто дозволяє за її результатами вплинути на хід виконання, і підсумковою, що фіксує кінцевий результат [5].

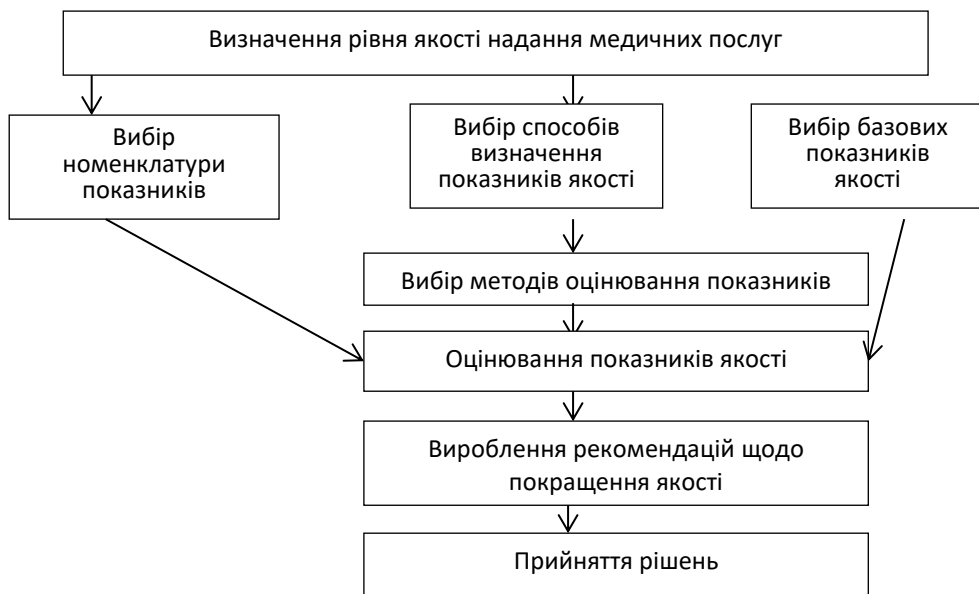


Рис. 2. Механізм оцінювання рівня якості надання медичних послуг
Джерело : власна розробка автора

Результати моніторингу якості надання медичних послуг необхідні для прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я. Заходи, що показали свою результативність, можуть відтворюватися в рамках нових медичних програм, а дії, які не призвели до позитивних результатів, можуть бути переглянуті.

Виділяють три важливі компоненти, які визначають рамки і предмет моніторингу якості надання медичних послуг:

Компонент 1. Логічна схема, що містить формулювання цілей і завдань програм та пов'язує між собою основні компоненти програми;

Компонент 2. Індикатори, що вичерпно визначають вимірювані показники;

Компонент 3. Методологія збору і аналізу даних.

Враховуючи вищезазначене, може бути запропонована така послідовність етапів моніторингу якості надання медичних послуг: визначення проблеми та мети; збір даних; введення даних; обробка даних; інтерпретація даних; повідомлення результатів (приватний сектор, інші суспільні організації, міжнародні організації, департамент охорони здоров'я, інші зацікавлені особи); використання результатів

з метою планування лікування/профілактики; оцінка моніторингу якості надання медичних послуг.

Отже, досягнення заданого рівня якості надання медичних послуг та її моніторинг має стати одним із пріоритетних напрямів політики держави в сфері охорони здоров'я. Без виявлення проблемних питань у структурі якості медичної послуги неможливим є підвищення якості цієї послуги та доступності її для основних категорій громадян.

Список використаних джерел

1. ВООЗ [World Health Organization]. URL: <https://www.who.int/ru>. (дата звернення: 14.08.2020).

2. Касянчук, В. В., Бергілевич, О. М., Сміянова, О. І. (2019). Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях [Implementation of quality management system in treatment and prevention organizations] (навчальний посібник, 246 с.) Сумський державний університет, Суми, Україна.

3. Про затвердження Єдиного термінологічного словника з питань управління якістю медичної допомоги. (Наказ МОЗ України). № 427 (2011). Вилучено з <https://www.apteka.ua/article/90269>.

4. Тарасенко, Е. А. (2013). Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций [Foreign experience in selecting indicators of quality of medical care to build ratings of medical organizations]. Социальные аспекты здоровья, (6), 34. Доступно за URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/30/lang,ru/> (дата обращения: 15.08.2020).

5. Чабан, О., Бойко, О. (2019). Формулювання засад для розроблення методики оцінювання якості медичних послуг [Formulation of bases for development of a technique of an estimation of quality of medical services]. URL: <http://science.lpnu.ua/sites/default/files/journalpaper/2017/jun/3684/vtm75st10.pdf>

RESEARCH OF THE LEVEL OF PSYCHOLOGICAL CLIMATE IN PROFESSIONAL PHARMACEUTICAL TEAMS

Teterich N.

associate professor

Podgaina M.

associate professor

<https://orcid.org/0000-0002-2088-0469>

Kurylenko Y.

assistant

<https://orcid.org/0000-0002-5360-3185>

Organization and economy of pharmacy department, National University of Pharmacy, Ukraine

The level of psychological climate (PC) in the working groups of 5 pharmacies in Kharkiv has been determined according to the V. Shpalinsky's, E. Shelest's method. It has been established that a high level of PC among the members of professional pharmaceutical teams has been observed in the staff of pharmacies № 5 and № 3. Unsatisfactory PC indicator, which requires psychological adjustment, has been noted in the structure of the pharmacy staff № 2.

Key words: psychological climate, psychological compatibility, socio-psychological indicators, emotional background

Currently, the appropriate level of psychological climate (PC) of specialists in any field of activity is one of the defining guarantees of high group cohesion of members of professional teams. That is why more and more modern managers who strive to be effective managers, consider it necessary to take into account this indicator in the selection and placement of workers, understanding the direct interdependence of high performance with the presence of certain socio-psychological indicators of team members who form a successful team. [1, 2].

It should be noted that the need to provide a favorable PC in the work environment becomes especially relevant in the formation of teams that make up small working groups, which directly include the teams of pharmacies. After all, it is in small teams the nature of interpersonal

interaction of specialists can be traced more closely. However, in teams with unfavorable PC, the psychological component of employees often leads to changes from performance to such negative phenomena as rivalry, interpersonal struggle for autonomy, power, prestige or recognition, which ultimately leads to destructive consequences in the profession [1].

In order to study the PC's indicators of pharmaceutical specialists' professional teams, we have conducted the psychological survey of 30 pharmacy specialists from 5 pharmacy (we have assigned them numbers № 1-5) teams in Kharkiv (6 specialists from each one) according to the V. Shpalinsky's, E. Shelest's method [3]. The results of the study have been presented in the figure.

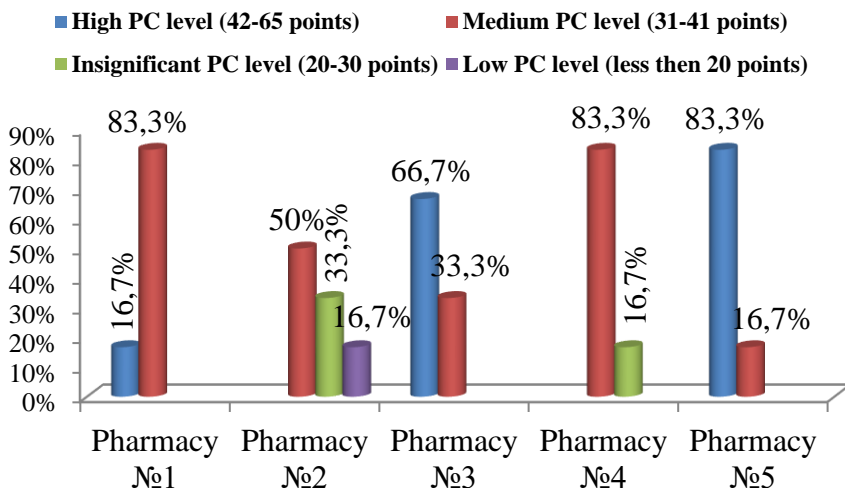


Fig. Comparative characteristics of PC's indicators of pharmaceutical specialists of № 1-№ 5 pharmacies according to the V. Shpalinsky's, E. Shelest's method

As can be seen from the figure, the high level of PC in their own teams has been noted by the vast majority of pharmacy № 5 specialists - 5 respondents (83.3%) and two thirds of pharmacy №3specialists (66.7%). These employees were completely satisfied with the level of partnership in the team, feel the trust, respect and authority of their person from others. At the same time, only one pharmacist of № 1 Pharmacy (16.7%) has assessed the level of PC in the work environment as high. Satisfactory (medium) PC level has been noted by the vast majority of pharmacy

specialists №1 and №4 – by 5 respondents (83.3 %%), half of pharmacy respondents №2 (50%), one third of pharmacy specialists № 3 (33.3%) and only 1 representative of the pharmacy team № 5 (16.7%). These employees generally have cooperated well with each other, have had the respect and authority of management, colleagues, partners and pharmacy visitors in the workplace. Insignificant PC indicators have been noted by specialists of pharmacies № 2 and № 4 (33.3 and 16.7% of respondents). In addition, the low level of PC has been noted by 1 representative of the pharmacy № 2. That is, these professionals have felt significant emotional discomfort in interpersonal professional relationships, which has been negatively reflected both on their emotional level and on professional activities. Thus, the results of the survey have allowed to establish that the most optimal level of PC has been observed in pharmacy teams №5 and №3. Thus, unfavorable PC values have been observed in pharmacy teams № 2 and № 4, ie PC performance in these teams should be subject of psychological adjustment.

References

1. Гаркавцев, Є. (2014). Соціально-психологічний клімат у колективі курсантів як умова формування їх професійної надійності (Socio-psychological climate in the team of cadets as condition for the formation of their professional reliability) *Доступно за URL: file:///C:/Users/%D0%9C%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B0/Downloads/Vnaou_2014_6_8.pdf*
2. Пушкар, З. (2013). Соціально-психологічний клімат у колективі та чинники, що впливають на його формування (Socio-psychological climate in the team and the factors influencing its formation). *Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє. Доступно за URL: file:///C:/Users/%D0%9C%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B0/Downloads/Un_msm_2013_18_18.pdf*
3. Філіпчук, Н. (2019). Соціометрія (Sociometry). *Доступно за URL: <http://econom.chnu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/11/Metodychka-Sotsiometriya.pdf>*

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Юрценюк О.

к.мед.н., доцент кафедри

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С. М. Савенка ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

<http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>

В даній роботі наведені результати дослідження психологічних особливостей студентів медичних закладів вищої освіти. Дослідження рівнів тривоги, алекситимії, депресії та нейротизму та їх значення у формуванні непсихотичних психічних розладів у обстеженого контингенту.

Інтенсивність сучасного життя на психологічному рівні сприяє появі негативних емоційних переживань і стресових реакцій, які, накопичуючись, викликають формування виражених та тривалих станів тривоги, депресії. Молода людина, що починає студентське життя, одночасно переживає вплив декількох стресових чинників: зміна референтного та мікросоціального середовища в закладі освіти, нерідко зміна житлових умов, зміна звичного устрою життя, у тому числі особливості навчання та контролю в університеті в порівнянні зі шкільним навчанням тощо. Тому молоді люди потребують допомоги в адаптації до студентського життя.

Нами, протягом 2015-2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології (на початку у кожного обстеженого отримувалася інформована згода на проведення дослідження) проведено суцільне комплексне обстеження студентів. Усіх студентів (1235 осіб) було розподілено на дві групи – основну (I-шу) та порівняльну (II-гу). До основної групи увійшли 317 (25,67%) студентів, у яких було діагностовано непсихотичні психічні розлади (НПР). Для верифікації клінічних особливостей НПР, в якості II порівняльної групи було обстежено 918 (74,33%) студентів без НПР, практично здорових.

У дослідженні брали участь 852 студенти (68,99%) Буковинського державного медичного університету та 383 студенти (31,01%) Чернівецького національного університету. Середній вік обстежених $20,15 \pm 0,05$ років. в гендерному розподілі серед усіх обстежених було 365

чоловіків та 870 жінок, відповідно 29,55 % та 70,45 %. Вибірка не мала суттєвих відмінностей за статевим і віковим складом, місцем мешкання, формою навчання. Провідним критерієм включення особи до дослідження було її навчання у вищому навчальному закладі. Обстеження проводили в міжсесійний період.

Застосовані методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний методи.

Тривожність – підвищена схильність людини переживати занепокоєння в будь-яких ситуаціях життя, у тому числі й тоді, коли причин для цього немає. Тривожна людина відрізняється від малотривожної тим, що в неї занадто часто виникають пов'язані з занепокоєнням емоційні переживання: страх, побоювання, страхи. Їй здається, що багато чого з того, що її оточує, несе в собі загрозу для її власного «Я». Поняття тривожності близько до поняття нейротизму. Невротики схильні до депресивних станів навіть у звичайних ситуаціях життя.

Комплексне дослідження тривожності особистості повинно починатися з вивчення її причин, що криються в розвитку людини з дитинства. Саме тривожність лежить в основі низки психологічних труднощів дитинства, зокрема багатьох порушень розвитку, що стають приводом для звернення до психологічної служби.

Аналізуючи рівень ситуативної тривоги (РСТ) у студентів вищих навчальних закладів встановлено достовірні відмінності між показниками у студентів основної та порівняльної групи, так низький РСТ був діагностований у 13 (4,10%) осіб і групи та 188 (20,5%) студентів II групи ($p < 0,05$); помірний РСТ – 125 (39,43%) та 536 (58,4%) ($p < 0,05$) відповідно; високий РСТ виявлено у 179 (56,47%) студентів з НПР та у 194 (21,1%) здорових студентів ($p < 0,05$). Середнє абсолютне значення РСТ у студентів основної групи 46,37 бала у студентів порівняльної групи – 37,51 бала ($p < 0,05$). Отже, для студентів з НПР достовірно вищими були абсолютні значення ситуативної тривоги та достовірно частіше діагностували високий РСТ, такі результати дають нам можливість розглядати РСТ як важливий діагностичний критерій НПР у осіб молодого віку.

В статевому розподілі виявлено, що загалом серед жінок переважали особи з помірним РСТ - 468 (53,79%), з високим РСТ було 252 (28,96%), з низьким РСТ – 150 (17,24%). Для чоловіків були характерні наступні результати: високий РСТ – 86 (23,56%), помірний РСТ – 187 (51,23%) та низький РСТ виявили у 86 (23,56%) хлопців. Отже в переважній більшості

студентів було діагностовано помірний РСТ, хоча високий РСТ був більше характерний для студенток – 28,96% проти 23,56% у хлопців, а низький РСТ – для студентів – 23,56% проти 17,24% у дівчат ($p < 0,05$). Прикметно, що абсолютні середні значення РСТ також були вищими у жінок – 39,48 бали аніж у чоловіків – 38,6 бали.

В основній групі переважали жінки з високим РСТ -121 (55,01%), з помірним РСТ – 90 (40,90%), з низьким РСТ – 9 (4,09%) студенток. Серед чоловіків основної групи також переважали особи з високим РСТ 58 (59,79%), помірний РСТ 35 (36,08%) та низький рівень ситуативної тривоги виявили лише у 4 осіб (4,12%). Середні абсолютні значення РСТ у жінок – 45,9 бали, у чоловіків основної групи – 47,44 бали. Отже для чоловіків з НПР характерним є вищий РСТ в порівнянні з жінками цієї ж групи, що підтверджує нашу гіпотезу стосовно того, що жінки легше переносять стресові ситуації, хоча мають вищий рівень фонові, особистісної тривожності.

В терапевтичній групі ($n=210$) середнє абсолютне значення було 46,55 балів.

Рівень особистісної тривожності (РОТ) визначали за шкалою Спілбергера-Ханіна і виявили наступні результати: високий РОТ був притаманний 212 (66,88%) студентам основної групи та 250 (27,20%) осіб порівняльної групи ($p < 0,05$). Помірний РОТ діагностовано у 97 (30,60%) хворих з НПР та у 512 (55,80%) ($p < 0,05$) здорових молодих людей. Низький РОТ виявлено у 8 (2,52%) студентів і групи та 156 (17,00%) обстежених II групи ($p < 0,05$).

Великим фрагментом нашого дослідження стало вивчення такого психологічного феномену, як алекситимія. Алекситимія - це полідетерміноване явище, що може мати різне походження і природу. Так, Б. Бермонд, ґрунтуючись на даних нейробиології, в 1997 р виділив два її типи: тип I («афективний») характеризується низьким рівнем емоційного порушення і низьким рівнем усвідомлення цих емоцій; тип II («когнітивний») характеризується нормальним емоційним тонуом, однак низьким рівнем розпізнавання і позначення почуттів

Таким чином, на природу алекситимії впливали, як нездатність до переживання, так і нездатність до рефлексії почуттів при їх наявності.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що при первинному обстеженні в загальній групі ($N=1235$) високий рівень алекситимії (ВРА) виявлено у 204 (16,52%) студентів, при повторному обстеженні – у 176 (14,52%) ($t=0,61$). Тенденція до розвитку алекситимії (ТРА) виявлена у 323

(26,15%), низький рівень алекситимії (НРА) у 708 (57,33%) студентів при первинному обстеженні та у 316 (25,6%) і 743 (60,20%) – при повторному обстеженні відповідно.

В основній групі (N=317) ВРА виявлено у 127 (40,06%) при первинній діагностиці та у 62 (19,60%) студентів через рік ($p<0,05$), що вказує на ефективність проведеної нами терапії (табл. 6.7). При первинному обстеженні студентів з непсихотичними психічними розладами ТРА виявлена у 96 (30,28%) студентів та у 94 (29,65%) осіб не виявлено ознак алекситимії. При повторному обстеженні виявлені наступні результати – ТРА діагностовано у 81 (25,60%) студентів та НРА – у 174 (54,90%) ($p<0,05$), така позитивна динаміка є наслідком проведеного комплексного лікування.

При порівнянні рівня алекситимії у студентів основної та порівняльної груп виявлено достовірні відмінності: низький рівень алекситимії (НРА) переважав серед здорових студентів (II група) – 66,9% проти 29,65% (I група); ВРА переважає серед студентів основної групи – 40,06%, а в порівняльній групі – 8,39% ($p<0,05$).

Враховуючи суттєве значення нейротизму у формуванні непсихотичних психічних розладів рекомендовано проведення скринінгу для виявлення клінічно значущих рівнів нейротизму для всього населення в ході планових медичних оглядів.

В результаті проведеного первинного обстеження загальної вибірки (N=1235) виявлено високий рівень нейротизму (ВРН) у 193 студентів (15,63%). в основній групі ВРН діагностовано у 151 особи (47,63%), в порівняльній групі – у 42 студентів (4,57%) ($p<0,05$), що свідчить про достовірно вищий рівень нейротизму у молодих людей з непсихотичними психічними розладами. При повторному обстеженні ВРН виявили у 61 особи (19,24%) основної групи та у 30 (3,27%) – порівняльної ($p<0,05$), що вказує на достовірно значуще зниження нейротизму після проведеного комплексного лікування НПР.

Високий рівень нейротизму характерний для студентів з непсихотичними психічними розладами, зокрема з поведінковими синдромами пов'язаними з фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками у 65,0% осіб.

Отже, психологічні особливості студентів закладів вищої освіти, зокрема медичних, необхідно враховувати при побудові профілактичних та корекційних програм щодо непсихотичних психічних розладів у даного контингенту.

НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ТЕОДОРА ШВАННА (ДО 210 РІЧНИЦІ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

Невмержицька Н.

Асистент кафедри

***Кафедра гістології та ембріології НМУ
імені О. О. Богомольця, Україна***

У даній роботі описані життєвий шлях (коротко), вклад у медичну науку та науково-педагогічну діяльність видатного німецького гістолога, анатома та фізіолога, автора відомої клітинної теорії Теодора Шванна.

Ключові слова: дослідник, вчений, гістолог, медицина.



Теодор Шванн (Schann) - видатний німецький гістолог, анатом, фізіолог (1810-1882). Народився у 1810 році в німецькому місті Нейс.

Спочатку вчився на філософському факультеті Бонського університету, оскільки вважав саме цей напрям найбільш близьким до своєї мрії - стати священиком, проте інтерес до природознавства був настільки сильний, що закінчив Теодор університет вже на медичному факультеті у 1833 р. Після навчання вирішив залишитися у теоретичній медицині з відомим фізіологом Йоганном Мюллером. Потім, за порадою Мюллера, темою для дисертації обрав дослідження значення кисню для розвитку курячого зародка [1]. Шванн з'ясує, що сліди розвитку можуть мати місце і у безкисневому середовищі, але при відсутності кисню розвиток призупиняється на ранніх стадіях. у 1834 році він закінчує дисертацію і займає місце асистента в анатомічному музеї Берлінського університету. Під час роботи в університеті Теодор вражає всіх своєю працьовитістю і цілеспрямованістю. П'ять років залишається Шванн на цій посаді, напружено працюючи під керівництвом свого вчителя, а згодом і самостійно [2]. Ці п'ять років принесли Шванну всесвітню славу; за цей період він виконує свої чудові мікроскопічні дослідження:

- під час вивчення фізіології травлення, він виявляє особливу речовину в шлунковому соку, що сприяє переварюванню їжі. Учений назвав цю речовину пепсином. Це відкриття Шванн зробив в 26-років.

- через рік дослідник відкрив дріжджові грибки і бродіння. Коли Теодор Шванн розглядав під мікроскопом дріжджі, то виявив, що дріжджі це живі організми. Бродячу рідину він доводив до високої температури, після чого бродіння припинялося, а грибки перетворювали цукор в спирт. Разом з цим виділявся вуглекислий газ [3].

- у жовтні 1838 року Шванн знайомиться з М. Шлейденом, з яким вони стають друзями і разом захоплюються ідеєю будови клітини. Вони обмінюються своїми думками стосовно різниці у будові клітин рослин і тварин. у результаті, всього за рік, Т. Шванн закінчує свою титанічну працю - "Мікроскопічні дослідження" (1839 рік). Головна ідея книги – життя зосереджене в клітинах. Це положення дослідника увійшло в біологію під назвою клітинної теорії Шлейдена-Шванна .

- відомі роботи Т. Шванна про тонку будову кровоносних судин і нервів[4].

- в нервових волокнах він описав оболонку, що оточує осьовий циліндр і дійшов висновку, що вона складається з окремих клітин; відтоді ці структури називають його ім'ям (шванновська оболонка, або неврилема; шванновські клітин, або леммоцити).

- вперше встановив, що нігті мають пластинчасту будову;

- встановив основний принцип ембріології, помітивши, що яйцеклітина - це одна клітина, яка зрештою перетворюється на повноцінний організм [1, 5].

- відкрив закон про скорочення м'язів, який показує, що сила м'яза збільшується в тій же пропорції, в якій скорочення м'яза зменшується. Він вивчив будову поперечнопосмугованих м'язів, а також фізіологію м'язового скорочення за допомогою сконструйованих їм «м'язових вагів».

У 1839 м. Шванн приймає запрошення на посаду професора анатомії в університеті в Лувені. Переїхавши у Бельгію, Шванн більше не займається гістологією. в Лувені він друкує ще одне фізіологічне дослідження про роль жовчі (1844); це була остання експериментальна робота, опублікована Шванном [2]. у 1858 м. Шванн переходить на кафедру загальної і спеціальної анатомії (по іншим джерелам- кафедру фізіології) в Льеж, але і тут він займається переважно педагогічною роботою і, хоча, мабуть, не припиняє зовсім лабораторних досліджень, але майже нічого не друкує. Шванн дивним чином охолонув до вчення

про клітину і у своїх лекціях навіть в 1860 р. викладав ті уявлення, які склалися у нього у Берліні. у 1878 р. Льєзьський університет відмітив 40-річчя професури Шванна урочистим засіданням і виданням збірки, а через два роки Шванн залишає кафедру; Т. Шванн був членом Королівської академії наук у Брюсселі (1841), Лондонського королівського суспільства (1879) та Паризької академії наук (1879)[6].

Необхідно відмітити, що Шванн зробив ряд фізіологічних і гістологічних відкриттів, кожне з яких саме по собі могло б дати значну популярність вченому. Усі вони були зроблені Шванном упродовж п'яти років, як вже було сказано вище, тоді як його науково-педагогічна діяльність тривала близько п'ятдесяти років. Впродовж п'яти років берлінського періоду своєї роботи Шванн проявляє себе як науковий геній, впродовж сорока з гаком років подальшої професорської діяльності - це скромний професор провінційного університету [3, 6]. Теодор Шванн був дуже простою людиною, яка залишалася в стороні від наукових суперечок і дрібного суперництва, що зустрічаються в науковому товаристві. Його дуже любили і поважали його учні. Він ніколи не був одружений і не мав дітей, але його можна назвати "батьком" клітинної теорії і десятків інших значимих відкриттів, про які раніше згадувалося. Можливо, особисте життя стало своєю платою за світовий успіх в області гістології, фізіології і цитології[7].

У 1909 році в Нейсе Т. Шванну був встановлений пам'ятник. 11 січня 1882 р. він помер від апоплектичного удару (за даними інших джерел – від фізіологічного старіння організму). Тіло великого вченого покоїться на кладовищі Мелатен в Кельні, в сімейній могилі [8]. Необхідно відмітити, що смерть Шванна настала тільки у фізичному сенсі, але пам'ять про нього живе і житиме завжди, адже усі біологічні відкриття тим чи іншим чином будуються на клітинній теорії. Ґрунтуючись на положеннях Шванна, молоді учені продовжують його вчення про клітини і дотепер.

Список використаних джерел

1. Сиделковский, А. Л. (2017). *Medicine and Pharmacy News. Этюды истории классической неврологии*. 1 (600). 26-31.
2. Лункевич, В. В. (2020). *From Heraclitus to Darwin. On the verge of two eras. Approaching Darwinism*. Москва: Юрайт.
3. Шевлюк, Н. Н.(2016). *History of morphology. Морфология*. 4. С. 98-102.

4. Касынкіна, О. М. (2015). Cytology: method. directions and workbook. Пенза : РИО ПГСХА, 2015 . С. 60.

5. Кириллова, М. И. (2018). Theoretical foundations of natural science: textbook. manual (course of lectures). Ставрополь : СКФУ.

6. Хохлов, Р. Ю. (2020). General histology with the basics of cytology. Пенза : РИО ПГАУ.

7. Филиппова, Н. П. (2014). Methodical instructions for independent study of the discipline and assignments for the test for full-time and part-time students in the direction of preparation 020400 "Biology" (bachelor's degree). Москва: ПРОМЕДИА.

8. Ботова, И. И. (2014). Lecture notes on the discipline Biology for all specialties and professions of open source: a textbook. Саратов :ГАПОУ СО "САСК".

СЕКЦІЯ:
ПЕДАГОГІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ
ЛІКАРІВ І ПРОВІЗОРІВ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я СОЦІУМУ

ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ В СУЧАСНИХ
РЕАЛІЯХ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Могильник А.

<https://orcid.org/0000-0003-1306-9528>

Бодулев О.

<https://orcid.org/0000-0001-5615-3792>

Адамчук Н.

<https://orcid.org/0000-0001-5868-6031>

Українська медична стоматологічна академія, Україна

Адекватні взаємини між лікарем і пацієнтом істотно впливають на результати лікування. Наріжним каменем цих відносин є психологічні аспекти міжособистісної взаємодії. Навчання формуванню комунікативної компетентності у взаємовідносинах лікар-пацієнт є головною метою психологічної підготовки лікаря.

Ключові слова: медична освіта, психологічна підготовка, медична реформа.

Единбурзька Декларація Всесвітньої федерації з медичної освіти прийнята Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в 1988 році встановила, що кожен пацієнт повинен мати можливість очікувати зустріти в особі лікаря уважного слухача, ретельного спостерігача, ефективного клініциста та спеціаліста в сфері спілкування.

На даний час стан здоров'я, а швидше нездоров'я людини в українському суспільстві все більше визначається соціально-психологічними факторами, а це значить, що стабілізація аутодеструктивних форм поведінки неможлива без урахування соціальних відносин пацієнта з навколишнім середовищем, що вимагає, вміння лікаря будувати довірче спілкування. Оскільки все більше проблем зі здоров'ям виявляють зв'язок з образом життя, то у лікарів

виникає потреба у навиках спілкування більш сфокусованого на пацієнті [1].

Адекватні взаємини між лікарем і пацієнтом істотно впливають на результати лікування в сенсі функціонального стану пацієнта і його суб'єктивної оцінки здоров'я. Формування психологічної компетентності лікаря-фахівця і необхідність підготовки його до терапевтичного взаємодії обумовлені також особливостями і самої лікарської діяльності:

1) це діяльність в сфері спілкування, і важливою стороною успішності діяльності лікаря є не тільки високий рівень його спеціальної медичної підготовки, загальнолюдської культури, а й соціально-психологічні аспекти його особистісного потенціалу;

2) необхідність реалізації в сучасній медицині психосоматичного підходу до хвороби, що передбачає вміння лікаря будувати довірче спілкування з пацієнтом, що сприяє встановленню і підтримці психологічного контакту з метою збору інформації;

3) будучи необхідною умовою побудови терапевтичного альянсу «лікар - пацієнт», комунікативна компетентність дозволяє формувати суб'єктну позицію пацієнта в лікувальному процесі;

4) молодим лікарям доводиться взаємодіяти з різними пацієнтами (тривожними, іпохондричними, агресивними, астенизованими та ін.), на психіку яких впливає те чи інше захворювання, що змінює ставлення до життя, роботи, близьких людей і самого себе [2].

У найбільш загальному вигляді комунікативну компетентність лікаря можна охарактеризувати як певний рівень сформованості міжособистісного і професійного досвіду взаємодії з оточуючими, який необхідний індивіду для успішного функціонування в професійній сфері і суспільстві.

Комунікативна компетентність визначається психологами як досвід спілкування між людьми, що розвивається і усвідомлюється, який формується і актуалізується в умовах безпосередньої людської взаємодії. Комунікативна культура лікаря передбачає у нього наявність певних професійних поглядів і переконань, установки на емоційно-позитивне ставлення до пацієнта, незалежно від його особистісних якостей, і цілий комплекс комунікативних навичок і умінь, необхідних лікарю для медичної взаємодії [3].

Комунікативна компетентність лікаря, що корелює з психологічним ефектом лікування, проявляється:

- в позитивній спрямованості інтеракцій і відсутності реакцій ігнорування;

- у високому рівні емпатії і самооцінки;
- в ставленні до пацієнта як до активного співучасника взаємодії

Соціально-психологічний підхід до здоров'я за своїм теоретичним змістом найбільше відповідає саноцентричній парадигмі сучасної медицини, що приходить на зміну патоцентричній парадигмі.

Комунікативна компетентність лікаря дозволяє:

- краще розпізнавати і правильніше реагувати на вербальні і невербальні знаки пацієнтів і отримувати від них більше інформації;

- більш ефективно проводити діагностику, оскільки ефективна діагностика залежить не тільки від встановлення тілесних симптомів хвороби, але також від здатності лікаря виявити ті соматичні симптоми, причини яких можуть мати психологічну або соціальну природу;

- домагатися схвалення пацієнтом плану лікування, оскільки дослідження показали, що тренування комунікаційних навичок робить позитивний вплив на згоду пацієнта приймати призначене йому лікування;

- передавати пацієнтам адекватну медичну інформацію і аргументовано переконувати їх вести більш здоровий спосіб життя, підвищуючи таким чином роль лікаря в зміцненні здоров'я і профілактиці хвороби;

- впливати на різні форми відображення хвороби (емоційна, інтелектуальна, мотиваційна) і активізувати компенсаторні механізми, підвищити психосоматичний потенціал особистості пацієнта, допомогти йому відновити зв'язок зі світом, подолати так звану засвоєну або навчену беспорадність, зруйнувати стереотипи, сформовані хворобою;

- лікарям діяти більш ефективно в особливо делікатних ситуаціях взаємин, наприклад при необхідності повідомити пацієнтові, що він невиліковно хворий, або сказати родичам хворого, що той повинен померти [4].

На нашу думку, погана комунікація з боку лікарів є головним фактором незадоволеності пацієнта і його родичів проведенням лікуванням, та веде до формування негативного уявлення про медичну галузь в Україні в цілому.

На жаль доводиться констатувати, що в умовах пострадянської української медицини, по безлічі причин, відносини між лікарем

і пацієнтом носять патерналістський характер, і тут простежуються принаймні три головні причини:

1) лікар часто не надає особливого значення спілкуванню з пацієнтом в лікувальному процесі і не обтяжує себе ретельною підготовкою і організацією комунікативного спілкування;

2) лікар часто не вміє так взаємодіяти з самим собою, щоб спиратися на свої потенційні можливості. Сприймаючи себе як безстатеву, беземоційну, контролюючу машину і такий же підхід реалізує по відношенню до пацієнта;

3) лікар в своїх діях по відношенню до пацієнта керується уявленнями про нього як про пасивного виконавця розпоряджень лікаря, як об'єкта некомпетентного і неавтономного [5].

Однією з причин ситуації, що склалася з культурою, або частіше безкультур'ям українського медичного суспільства є відсутність належного підходу до психологічної підготовки майбутніх лікарів-фахівців до нелегких трудових буднів.

Все вищевикладене дає підставу говорити, що в процесі навчання в медичному вузі позитивні особистісні якості майбутнього лікаря по можливості повинні бути доведені до досконалості, а найважливішим фактором, що визначає ефективність цього процесу, слід розглядати безперервну психологічну освіту.

Першорядне місце в психологічній підготовці лікаря-фахівця має займати:

- по-перше, формування у студента-медика психологічного антропоцентричного світогляду і достатнього рівня комунікативної культури;
- по-друге, розвиток уявлень, що будь-яка людська діяльність, і діяльність лікаря перш за все, регулюється певними цінностями, які є однією з центральних складових частин світогляду;
- по-третє, розвиток високого рівня емпатії, «клінічного мислення» і професійної позиції, що забезпечує особистісно-центровану медичну взаємодію [6].

Список використаних джерел

1. Ammentorp, J., Bigi, S., Silverman, J., Sator, M., Gillen, P., Ryan, W., Rosenbaum, M., Chiswell, M., Doherty, E., & Martin, P. (2020). Upscaling communication skills training - lessons learned from international

initiatives. *Patient education and counseling*, S0738-3991(20)30459-6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.028>

2. Reis, S., Urkin, J., Nave, R., Ber, R., Ziv, A., Karnieli-Miller, O., Meitar, D., Gilbey, P., & Mevorach, D. (2016). Medical education in Israel 2016: five medical schools in a period of transition. *Israel journal of health policy research*, 5(45). <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0104-5>

3. Yazdani, S., Khoshgoftar, Z., Ahmady, S., Rastegarpour, H., & Foroutan, S. A. (2017). Medical education in cyberspace: critical considerations in the health system. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 5(1), 11–20.

4. Gu, Y., & Shah, A. P. (2019). A Systematic Review of Interventions to Address Accent-Related Communication Problems in Healthcare. *The Ochsner journal*, 19(4), 378–396. <https://doi.org/10.31486/toj.19.0028>

5. Enck, P., & Zipfel, S. (2019). Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework. *Frontiers in psychiatry*, 10(456). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00456>

6. Drossard, S. (2019). Structured surgical residency training in Germany: an overview of existing training programs in 10 surgical subspecialties. *Innovative surgical sciences*, 4(1), 15–24. <https://doi.org/10.1515/iss-2018-0033>

"ТОЛЕРАНТНІСТЬ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ" ПРИ ФОРМУВАННІ ІНФОРМАЦІЙНО-МЕДИЧНОГО СЕРЕДОВИЩА

Ільницька Л.

доцент кафедри

Український гуманітарний інститут

Професійні умови формування інформаційно-медичного середовища неможливо нині уявити без дотримання етичних принципів добропорядності. Авторське ствердження такого "понятійного умовиводу", як "толерантність науково-методичних трансформацій" спирається на унікальний досвід лікаря-науковця І. І. Мечнікова. Зокрема, в цьому дослідженні чи не вперше досліджується відомий його твір – "Етюди оптимізму".

Ключові слова: толерантність, "науково-методична трансформація", медична інформація, інформаційно-медичне середовище, моральнісність.

Зосередження над теоретичним вивченням поглибленої науково-практичної специфіки медичного знання уніфікується на інформаційному рівні вузької внутрішньо-галузевої ідентифікації. Затвердження авторських розробок кожного з учасників наукової взаємодії на сьогоднішній день керується суголосними принципами дорадчості, гуманістичної користі, а не доречної корисловості. Відтак, застосування при дослідній кооперації науковців медичного профілю такої моральнісної якості, як толерантність відкриває інший, ґрунтовний аспект для обговорення актуальної на даний час теми моральних викривлень, пов'язаних з недотриманням принципів академічної доброчесності та з уважним ставленням до лабораторних робіт по встановленню клінічної картини з прийняттям мінімалізованих ризиків для лікування пацієнтів.

Зрештою, моральнісний бік розкриття оцінки плагіатного способу формування наукової роботи, в першу чергу стосується якості проведення пошукового аналізу з подальшим методичним вдосконаленням зібраних в єдиний комплекс положень. Слід нагадати, що медичний профіль інтелектуальної діяльності, також корелюється із загальним затвердженням планом доброчесного, толерантного ставлення до інноваційних та унікальних підходів на інституціональному та на фаховому рівнях апробації результатів будь-якого дослідження. Цілісність універсальної подачі запозичено-амбівалентних похідних у вірогідному тлумаченні викривляють моделюючий механізм дбайливої колективної праці з професійно-толерантним підходом винесення на загальний рівень лише сприятливий доцільний погляд на виведення у інформаційне поле лише необхідний медичний ресурс задля поліпшення та вдосконалення існуючого методу лікування. Кваліфікований погляд на цей процес створення теоретичного досвіду з приводу сучасної мотивації щодо організації інформаційно-медичного середовища на основі моральнісних запобіжників був розроблений ще І. І. Мечніковим (1845 – 1916 рр.). Відома праця "Етюди оптимізму" (1907 р.) розкриває теоретичне призначення медичної праці при забезпеченні суспільства ретельно обраним способом поміркованого лікування за рахунок коректно проведеного, а слушно додати "толерантно

спрямованого", експериментального етапу перевірки певного науково-методичного збору даних, що за теоретичним описом щоденного опрацювання та обговорення у професійному середовищі однодумців виявляє слушні лінії майбутньої терапії та порятунку під час епідеміологічного кризового стану. Фокусування на толерантному спрямуванні дозволяє впритул розглянути значення трансформаційних процесів уважного науково-аналітичного аналізу з доповненнями методичної дорадчості, що і спонукає до певної міри до оптимістичних намірів по сприятливому ствердженню інформаційно-медичного середовища.

Ілля Ілліч Мечніков, як нагороджений діяч Нобелівською премією у галузі фізіології та медицини (1908-й рік вручення "за дослідження по імунітету"), вимогливо відстоював найвищі зразки морального життя лікаря-вченого: "закликаю до наукової праці..., адже в очікуванні найкращого майбутнього своїм обов'язком вважаю відстоювати інтереси теоретичного знання, не дивлячись на усі перепони" [1, с. 7].

Розділ "Наука і моральнісність" згаданої праці Іллі Мечнікова прояснює певне тематичне коло проблем, в яких є прояви соціально-домінантного обігу особливих поняттєвих акцентів "толерантно-моральнісної взаємодії" стосовно такого болісного питання навіть для сучасного гуманістичного самовизначення суспільства, як застосування "вівісекції". Етичний аналіз становлення медичної науки, за словами Мечнікова І. І. можливий при урахуванні, що "великі закони, які керують інфекційними хворобами, і ціннісні засоби боротьби з ними ніколи не були би знайдені без вівісекції чи навіть при її обмеженні" [1, с. 329]. Зроблені І. Мечніковим оптимістичні наголоси щодо усвідомленого ризику по відношенню до життя лікаря та його пацієнтів переконують у тому, що формування інформаційно-медичного середовища буде відбуватися на зазначених актуальних принципах толерантності найвищого моральнісного зразка.

Список використаних джерел

1. Мечніков І. І. (2013). Етюди оптимізму. Харків: Фоліо, 384 с.

НОМОФОБИЯ В АСПЕКТІ ВІРТУАЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

Лисенко О.

Аспірант лабораторії

Лабораторія психології навчання імені

І.О. Синиці, Інститут психології імені Г.С.

Костюка Національної Академії

педагогічних наук України, Україна

<https://orcid.org/0000-0002-3096-6223>

Студенти та інтерни медичного профілю часто зазнають впливу стресових ситуацій, пов'язаних із значними інтелектуальними перенавантаженнями. Також важливу роль відіграє високий рівень етично-правової відповідальності за здійснення власних вчинків, що особливо актуально під час проходження ними клінічної практики. Саме тому необхідність своєчасної комунікації, а також використання телефонів з метою відволіктися від емоційної чи фізичної втоми, можуть сприяти розвитку номофобії серед студентів медичного спрямування. Номофобія – це розлад, який супроводжується тривожністю чи/або страхом через можливість втратити постійний доступ до власного телефону. Враховуючи те, що подібний стан почали вивчати відносно нещодавно, необхідно проводити більш поглиблені дослідження з приводу цього питання, оскільки в науковій літературі існують різні погляди на діагностику та, відповідно, лікування представленого розладу. Особливо актуально звернути увагу на ризик розвитку номофобії серед осіб, фахова діяльність яких характеризується підвищеною відповідальністю, наприклад, щодо медичного напрямку.

Ключові слова: віртуальна залежність, студенти, номофобія, стрес, психологічна корекція.

Матеріали та методи: робота проведена за умов застосування методів аналізу, узагальнення та порівняння кваліфікованої інформації, представленої в вільному доступі на офіційних науково-метричних ресурсах.

Результати та обговорення.

За статистичними даними станом на 2019 рік, близько 6,8 мільярдів осіб мають мобільне підключення, з яких 2,7 мільярди – користувачі багатофункціональних смартфонів. Відомо, що патологічне використання

мобільних телефонів може призводити не лише до погіршення академічних досягнень/фахової успішності чи до погіршення соціальних взаємодій, але й до більш серйозних наслідків, наприклад – до нещасних випадків внаслідок погіршення концентрації уваги [1].

Віртуальну залежність нерідко розглядають в ракурсі патологічного та проблемного використання. Таким чином, за даними публікації 2020 року, показники для Європи щодо патологічної віртуальної залежності становлять від 4,4% до 13,5%, а проблемного використання віртуальних ресурсів – відповідно від 14,3% до 54,9%. Номофобія також може розглядатися в контексті вивчення цих проблем. Варто наголосити, що додатки для обміну повідомленнями посилюють номофобію. Особливо цей ризик актуальний для підліткового віку, оскільки кожна 4-та людина в цій віковій категорії має проблеми з використанням смартфонів. При цьому існують повідомлення, що дівчата частіше користуються смартфонами, ніж хлопці. Також відомо, що для жіночої статі більш характерне виникнення звикання від соціальних мереж та додатків, пов'язаних з онлайн-спілкуванням, а для чоловічої – від ігрових ресурсів [2].

Термін «номофобія» (від англ. «NO MOBILE PHONE PHOBIA») – це психологічний розлад, що супроводжується дискомфортом і/або страхом, що зумовлено вірогідною можливістю позбавитися вільного доступу до телефону. Серед провідних симптомів номофобії відзначаються тривожність, тремтіння, пітливість, подразливість, а також спостерігається вплив на дихання, виникнення дезорієнтації й тахікардії. Ще однією важливою проблемою цього стану є потенційна здатність підвищувати загальний рівень стресу в людини, оскільки особа з таким розладом перебуває в психо-емоційній напрузі. За даними наукової літератури, понад 50 % номофобів ніколи не вимикають власні мобільні телефони. Це значно ускладнює опірність нервової системи, в тому числі – через відсутність збалансованого відпочинку. Враховуючи вище зазначене, номофобія може суттєво погіршувати якість життя людини. Разом з цим діагностика цього стану вимагає надзвичайної уважності та висококваліфікованого підходу, оскільки деякі інші психічні розлади можуть маскуватися номофобією. Однак, якщо методом виключення було встановлено, що інші, більш серйозні патології, відсутні, варто звернути увагу на певні особливості. Так, фахівець має пам'ятати, що, у зв'язку з розвитком технічного прогресу, не потрібно повністю забороняти використання телефонів, а лише доцільно адекватно обмежити їх застосування. Суб'єкт з номофобією має зрозуміти необхідність

перебування переважно в реальному світі, ніж у віртуальному. Також людина має визнавати потребу відновити особисту взаємодію між іншими особами без використання додаткових комунікаційних приладів [3].

За даними китайського дослідження, в якому прийняли участь 2 000 осіб віком від 16 до 25 років (процедура відповідала етичним стандартам дослідницького комітету та Гельсінській декларації 1964 року), було встановлено наступне: значимими предикторами для визначення параметрів номофобії є кількість витрачених годин за телефоном та стать особи [4].

Згідно іншої наукової публікації, де описується дослід, в якому прийняли участь 600 студентів-медиків, було встановлено, що переважна більшість опитаних (59,5%) використовували свій мобільний телефон більше для різнопланових завдань, ніж для, власне, телефонування. Серед всіх опитаних 40,1% – мали виявлену номофобію, а 32,7 – були схильними до номофобії. Характерно, що розповсюдження номофобії була вищою серед жінок, а саме – 49,6% в порівнянні з чоловіками, де рівень становив 37,1%. Також виявлено, що, серед 52,8% опитаних в дослідженні, індекс якості сну визначений як «поганий» [1].

Відповідно до наукової роботи, проведеної в Іранській Республіці, де прийняло участь 100 студентів медичних спеціальностей, було виявлено, що серед них молодший вік корелює з більшим рівнем відчуття дискомфорту, гніву, незахищеності тощо внаслідок номофобії. Також серед учасників з більш високим освітнім статусом частіше реєструвався цей розлад [5].

Висновок. Отже, номофобія – це розлад, який може суттєво впливати на якість життя людини, погіршуючи психо-емоційний та фізичний стан. Існують публікації, які наголошують на формуванні цього розладу серед студентів медичного спрямування, що може пояснюватися різними причинами. Не зважаючи на різноманітність факторів ризику, молоді люди мають володіти інформацією щодо проявів та наслідків номофобії. Однак, з метою отримання більш розгорнутих даних, потрібні подальші дослідження щодо цього питання.

Список використаних джерел

1. Mengi, A., Singh, A., & Gupta, V. (2020). An institution-based study to assess the prevalence of Nomophobia and its related impact among medical students in Southern Haryana, India. *Journal of family medicine and primary care*, 9(5), 2303–2308. https://doi.org/10.4103/jfmpc.ifmpc_58_20

2. Peris, M., de la Barrera, U., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2020). Psychological Risk Factors that Predict Social Networking and Internet Addiction in Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4598. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124598>
3. Bhattacharya, S., Bashar, M. A., Srivastava, A., & Singh, A. (2019). NOMOPHOBIA: NO MOBILE PHONE PHOBIA. *Journal of family medicine and primary care*, 8(4), 1297–1300. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_71_19
4. Gao, Y., Dai, H., Jia, G., Liang, C., Tong, T., Zhang, Z., Song, R., Wang, Q., & Zhu, Y. (2020). Translation of the Chinese Version of the Nomophobia Questionnaire and Its Validation Among College Students: Factor Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e13561. <https://doi.org/10.2196/13561>
5. Darvishi, M., Noori, M., Nazer, M. R., Sheikholeslami, S., & Karimi, E. (2019). Investigating Different Dimensions of Nomophobia among Medical Students: A Cross-Sectional Study. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7(4), 573–578. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.138>

ФАСИЛІТАЦІЯ В ПЕДІАТРІЇ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Тарнавська О.

Аспірант

**Інститут психології імені Г. С.
Костюка Національної Академія
педагогічних наук України**

<https://orcid.org/0000-0002-1852-5476>

Фасилітація в педіатрії у відносинах «медичні працівники-пацієнти» є однією з ключових проблем у лікувальному процесі. Це пов'язане з низкою труднощів у питаннях спілкування, які потребують як розуміння індивідуальних особливостей дітей та очікувань їх батьків, так і власних особливостей медичних працівників. Враховуючи те, що емоційний фактор при лікуванні грає важливу роль, його наявність суттєво підвищує ефективність лікувального процесу та сприяє позитивному настрою, медичні працівники потребують психологічної підтримки.

Ключові слова: медичні працівники, пацієнти, діти, фасилітація, психопрофілактична робота, лікувальний процес.

У сучасному світі ультрасучасних технологій лікарі щоденно беруть на себе відповідальність за чуже здоров'я та життя, знаходяться у вирію людської долі, болю, відчаю, надії, постійно стикаються зі стресом, гіпервідповідальністю, з багаточисленними щоденними ситуаціями, які можуть призводити до порушення психічної адаптації. Недостатність великих резервів самовладання та саморегуляції, ознаки прихованих переживань можуть призвести до негативного відношення медичних працівників до хворих дітей та їх батьків.

Психологічне дистанціювання медичних працівників від особистості дитини, відсутність тактовності в оцінці особистісного «Я» дитини породжує явище ятрогенії. Постійний роздратований тон, спілкування з вербальною та емоційною агресією, негативна жестикуляція, емоційна холодність, у якій хвора дитина може побачити загрозу, збільшується. Негативний досвід спілкування з медичним працівником призводить до фрустрації, пригніченого настрою, підвищеної нервовості, порушення сну, посиленню агресивності або надмірної плаксивості у дітей. Відомо, що найбільший неспокій людині спричиняють не фізичні, а душевні страждання. Тілесний біль триває у теперішньому, душевний біль розповсюджується на минуле (почуття провини) та майбутнє (страх) [1]. Все це свідчить про те, що процес фасилітації у відносинах «медичний працівник-пацієнт» є дуже актуальним.

Лікувальний процес у медичному закладі є двостороннім і його успіх залежить не лише від професійної компетенції лікаря, а й від встановлення позитивного контакту між лікарем, хворою дитиною та її батьками. Особистість лікаря – один із ключових факторів, який забезпечує ефективність лікування. До особистісних якостей лікаря можуть відноситися як позитивні, так і негативні якості. До позитивних відносять: емпатійність, толерантність, орієнтація на загальнолюдські цінності, професійна рефлексія, панорамне бачення картини хвороби та проблем дитини. Поведінка впевненого, спокійного, емоційно врівноваженого лікаря призводить до підвищення ступеню довіри дитини до лікаря та більш якісним виконанням всіх його призначень.

На жаль, трапляються випадки, коли медичні працівники не вміють сприймати, розуміти і розрізняти чужі емоційні стани; не вміють співпереживати, не завжди адекватно реагують на емоційний стан пацієнта, і не проявляють такі почуття, які б задовольнили пацієнта. Способи поведінки, які демонструють дитині медичні працівники, не завжди продуктивні, іноді неадекватні, часто обмежені власним досвідом

і недоліками. Порушення загальноприйнятих стереотипів поведінки призводить до росту психічної напруги у всіх учасників лікувального процесу. Саме тому, що лікар, як ніхто інший, має можливість вселити впевненість дитини у успіх лікування, або навпаки, підсилити тривогу дитини, страх та пригнічений настрій, дуже важливою є психологічна підтримка лікарів у нашому мінливому світі.

Враховуючи завдання соціальної педіатрії (напряму медичної науки, яка поєднує соціальну гігієну, організацію охорони здоров'я та педіатрію за Н. Г. Веселовим), кінцева мета якої забезпечення високої якості життя дитячого населення [2] та те, що психологічний стан більшості дітей, які потрапляють на лікування до стаціонару, потребує швидкого втручання не тільки психолога, а й лікаря, медичному працівнику важливо виконувати роль фасилітатора. Феномен фасилітації вперше зафіксовано французьким фізіологом Фере наприкінці XIX ст. та досліджувався Ф. Олпортом, В. Меде, В. М. Бехтеревим та ін. Пояснення механізму фасилітації знаходимо у теоріях Р. Зайонца та Н. Коттрелла [3]. Фасилітація (від англ. to facilitate – допомагати, полегшувати, сприяти) означає дію, яка сприяє взаємовідносинам між людьми, зняттю психологічних бар'єрів, підвищенню особистісної активності. Процес фасилітації залежить від навичок і здібностей, які повинен мати сам фасилітатор [4]. Важливим кроком фасилітації є встановлення контакту (рапорту) та взаєморозуміння з дитиною та її батьками.

В контексті нашого дослідження у Центрі вегетативних дисфункцій м. Києва було впроваджено прийоми психопрофілактичної роботи, спрямованої на підвищення рівня стресостійкості, розвиток гнучкості поведінки та комунікативних навичок для медичних працівників в рамках інноваційної психокорекційної програми «Наші ліки – музика, сміх, творчість». Частота семінарів з елементами тренінгу варіювала від одного до двох раз на тиждень в залежності від часу та можливостей учасників. в тренінгах брали участь лікарі, медсестри, молодший медичний персонал, які дали згоду на такий формат роботи. За бажанням проводилися індивідуальні консультації.

На семінарах-тренінгах застосовувались методи «еутимної терапії» (термін запропоновано Райнером Лутцом у 1983 році), які орієнтовані на розвиток навичок поведінки, яка призводить до взаєморозуміння усіх учасників лікувального процесу, сприяє позитивним змінам у психоемоційному стані. Використовувалися техніки установаження і підтримки емоційного контакту зі співрозмовником (посмішка,

звертання по імені, встановлення контакту очей, прояву інтересу, співчуття до співрозмовника, спостереженням за співрозмовником, зверненням уваги на невербальну комунікацію виразу обличчя, візуального контакту, інтонацію і темпу голосу, пози, жести); техніки, які сприяли орієнтації на проблему; техніки установавання контакту (використання «мови» співрозмовника при передачі йому інформації, ясність та зрозумілість викладання); техніки привертання уваги та пробудження інтересу (зняття напруги, теплі слова, гумор). Рольові ігри дозволили відповісти на питання, які хвилювали лікарів. Наприклад, які слова допоможуть схвильованим пацієнтам та їх батькам, як слід поводитися з конфліктними батьками, як протистояти маніпуляторам, як «не нести» додому стрес, який супроводжував робочий день [1, 5, 6].

Під час зворотнього зв'язку лікарі відмітили, що участь у семінарах з елементами тренінгу, сприяло їх емоційній стійкості, гнучкості, позитивним змінам у їх психоемоційному стані, дало їм змогу у своїй роботі враховувати індивідуальні особливості особистості дитини та своєрідність патологічних, морфологічних та функціональних змін, що сприяло взаєморозумінню, встановленню довіри.

Підсумовуючи вищезгадане, можна констатувати, що проведення психопрофілактичної роботи з медичними працівниками у лікувальному закладі, сприяє процесу фасилітації у відносинах «медичні працівники-пацієнти».

Список використаних джерел

1. Romek B. & Romek E. (2003). *Trening naslazhdeniya* [Training pleasure]. Sanct-Peterburg: Rech. [in Russian].
2. Gordeev V. I. & Aleksandrovich Yu. S. (2001). *Metody issledovaniya razvitiya rebenka: kachestvo zhizni (QOL) – novyj instrument ocenki razvitiya detej* [Child development research methods: the quality of life (QOL) – new tool assessing the development of children]. Sanct-Peterburg: Rech. [in Russian].
3. Petrovskij A. B. & Yaroshevskij M. G. (1990). *Psihologicheskij slovar* [Psychological dictionary]. Moskva: Politizdat. [in Russian].
4. Sarveladze N., Beberashvili Z., Dzhavalishvili D., Mahashvili N. & Sarveladze N. (2019). *Travma i psihologicheskaya pomosch* [Injury and psychological assistance]. Moskva: Smysl. [in Russian].

5. Ageeva I. A. (2006). Uspeshnyj uchitel': Treningovye i korrekcionnye programmy [Successful teacher: training and correction programs]. Sanct-Peterburg: Rech. [in Russian].

6. Mel'nic L. (2013). Practicheskaya psihologiya dlya vracha [Practical psychology for a doctor]. Kyiv: Macros. [in Ukrainian].

ДАНИ ПСИХОГІЄНИЧНОЇ ОЦІНКИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ СУЧАСНИХ СТУДЕНТІВ ТА ЇХ УРАХУВАННЯ ПІД ЧАС ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Сергета І.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри*

<https://orcid.org/0000-0002-4439-3833>

Стоян Н.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри*

<https://orcid.org/0000-0001-7763-0260>

Панчук О.

*доктор медичних наук,
асистент кафедри*

<https://orcid.org/0000-0002-8996-9314>

Дреженкова І.

*кандидат біологічних наук,
асистент кафедри*

<https://orcid.org/0000-0002-6794-2516>

***Кафедра загальної гігієни та екології,
Вінницький національний медичний
університет імені М. І. Пирогова,
Україна***

В ході досліджень здійснена психогієнічна оцінка особливостей особистості сучасних студентів та визначені детермінанти їх урахування під час запровадження ефективних здоров'язберігаючих технологій.

Ключові слова: студенти, особливості особистості, психогієнічна оцінка, здоров'язберігаючі технології.

Одним із основних завдань сучасної профілактичної медицини у контексті реалізації основних положень Закону про вищу освіту є збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді, підвищення рівня адаптаційних можливостей організму юнаків і дівчат, що передбачає ефективне проведення соціально-гігієнічного моніторингу і, отже, збирання різнобічної, проте, головне, адекватної інформації відносно стану здоров'я та стану навколишнього середовища, виділення критичних періодів розвитку і чинників ризику, які справляють істотний негативний вплив, та обґрунтування профілактичних, здоров'язберігаючих за своїм змістом, технологій з метою запобігання або зниження ступеня їх несприятливої дії [1; 2; 3].

В ході проведених досліджень під час здійснення психогігієнічної оцінки властивостей темпераменту студентів та встановлення особливостей їх змін у динаміці навчання в закладі вищої медичної освіти (ЗВМО) виявлено, що серед юнаків спостерігається достатньо різнобарвна картина – найбільш високі відповідно до рівня вираження показники соціальної ергістичності, соціальної пластичності, соціального темпу, емоційності і соціальної емоційності властиві для студентів-першокурсників, найбільш високі показники ергістичності, пластичності та темпу реакцій – для студентів-третьокурсників, найменш високі згідно із рівнем вираження показники соціальної ергістичності, соціальної пластичності, соціального темпу і соціальної емоційності властиві для студентів-третьокурсників, найменш високі показники ергістичності, пластичності, темпу реакцій і емоційності – для студентів-випускників. у дівчат спостерігається більш стабільна та однорідна картина – в ході визначення значень соціальної ергістичності, пластичності, соціальної пластичності, темпу і соціального темпу, емоційності і соціальної емоційності найбільш високі показники властиві для студентів, які навчались на третьому курсі, найменш високі – для студентів, які навчались на шостому курсі, і, лише у разі визначення величин ергістичності, найбільш вагомі показники характерні для студентів, які навчались на третьому курсі, найменш високі – для студентів, які навчались на першому курсі.

Результати проведених досліджень переконливо засвідчують наявність різноспрямованих тенденцій з боку показників тривожності студентів ЗВМО. Зокрема, найвищий рівень ситуативної тривожності властивий для студентів шостого курсу і студенток першого курсу, найнижчий – для студентів і студенток третього курсу, натомість, найвищий рівень особистісної тривожності в обох статевих групах реєструється на вихідному етапі навчання

у студентів і студенток першого курсу, найнижчий – серед студентів третього курсу і студенток шостого курсу.

Під час психогігієнічної оцінки властивостей характеру студентів виявлено, що найбільшій ступінь поширення усіх типів акцентуацій характеру спостерігається серед юнаків-першокурсників, надалі показники акцентування особистості серед юнаків-третьокурсників і юнаків-випускників перебувають майже на однаковому рівні сформованості, хоч і в більшості випадків (гіпертимний, застрягаючий, емотивний, тривожний, циклотимний типи) більш високі значення реєструються на заключному етапі навчання у ЗВМО. Зовсім інша картина була властива для дівчат: у половині випадків (педантичний, циклотимний, демонстративний, збудливий, екзальтований типи) найвищі показники спостерігаються серед дівчат-третьокурсників, в трьох випадках (емотивний, тривожний, дистимний типи) – серед дівчат-першокурсниць, в двох випадках (гіпертимний, застрягаючий типи) – серед дівчат-випускниць.

Результати, які отримані під час визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК), засвідчують надзвичайно високе поширення серед представників студентської молоді числа осіб, які відрізняються наявністю численних ознак недостатнього РСК над будь-якими значущими для них навчально-значущими ситуаціями. Найбільший рівень інтернальності властивий для студентів-третьокурсників та студенток-третьокурсниць, далі слідує дані, властиві для студентів-першокурсників та студенток-першокурсниць, і, зрештою, найгірші з адаптаційної точки зору дані, найбільш "екстернальні" показники властиві для студентів-випускників та студенток-випускниць.

Під час визначення особливостей соціально-психологічної адаптації слід було, передусім, відзначити, що найвищий ступінь вираження її критеріальних характеристик властивий для показників щодо прагнення до домінування та прийняття інших, найнижчий – для характеристик інтернальності. Характеристики інтегральних показників адаптації, самоприйняття та емоційної комфортності займають проміжне положення. Аналогічні тенденції властиві і для студентів, і студенток різних курсів. Не можна не було не відзначити і той факт, що явища, які реєструються, засвідчують напружений перебіг адаптаційних процесів соціально-психологічної адаптації студентів до умов навчання у ЗВМО.

Разом з тим в ході дослідження особливостей механізмів психологічного захисту (МПЗ) встановлено, що протягом періоду

спостережень серед юнаків найбільш суттєвими відповідно до ступеня вираження слід вважати такі механізми психологічного захисту, як проєкція, регресія і заперечення, найменш суттєвими – такі МПЗ, як заміщення, витіснення і гіперкомпенсація, серед дівчат – найбільш суттєвими відповідно до ступеня вираження слід вважати такі МПЗ, як проєкція, раціоналізація і заперечення, найменш суттєвими – такі МПЗ, як регресія, витіснення і заміщення.

Під час оцінки особливостей агресивних проявів особистості серед основних тенденцій, які мали місце, слід було, по-перше, відзначити, що рівні розвитку різних форм агресії перевищують значення, властиві для середньонормативних показників і, отже, для значної кількості представників студентської молоді притаманні достатньо виражені різноманітні особистісні прояви агресивного змісту. Найвищі значення щодо ступеня розвитку агресивних особистісних проявів властиві для юнаків і дівчат, які навчаються на 3-му курсі, – саме в цей час реєструються максимально високі результати, передусім, за шкалами непрямої, вербальної і фізичної агресії, “почуття провини” та “почуття образи” серед юнаків та за шкалами “почуття провини”, непрямої і вербальної агресії, негативізму та “почуття образи” серед дівчат. у юнаків і дівчат, які навчаються на 1-му курсі, максимальні за рівнем вираження результати властиві для показників агресивності за шкалами “почуття провини”, непрямої і вербальної агресії, “почуття образи”, разом з тим, у юнаків і дівчат, які навчаються на 6-му курсі, максимальні за рівнем вираження результати були властиві для показників агресивності за шкалами непрямої, вербальної і фізичної агресії, негативізму та “почуття провини”.

Крім того, дані проведених досліджень достатньо чітко і цілком адекватно засвідчують той факт, що обов'язковим компонентом визначення, розроблення і наукового обґрунтування сучасних ефективних здоров'язберігаючих технологій як суттєвого та невід'ємного чинника підвищення ступеня ефективності повсякденної навчальної і позанавчальної діяльності студентської молоді, формування соціально-активної та професійно-підготовленої особистості, фахівця, який цілком задовольняє вимогам спеціальності, яка обрана, і, головне, здорової людини з високими функціональними та адаптаційними можливостями організму, слід вважати урахування цілого ряду головних детермінант в ході визначення місця і ролі психогігієнічних компонентів у структурі сучасних здоров'язберігаючих технологій, а саме: режимно-адаптаційної

детермінанти, психофізіологічної детермінанти, обов'язково, особистісної детермінанти, та інтегративно-функціональної детермінанти.

Список використаних джерел

1. Serdyuk A. M., Pol'ka N. S., Serheta, I. V. (2013). Psihogigiena detej i podrostkov, stradayushchih hronicheskimi somaticheskimi zabolovaniyami [Psychohygiene of children and adolescents suffering from chronic somatic diseases]. Vinnitsya: Nova kniga.

2. Serheta, I. V., Bratkova, O. Yu., Mostova, O. P., Panchuk, O. Yu., Dudarenko, O. B. (2012). Naukovi pry`ncy`py` psy`xogigiyenichnoyi diagnosty`ky` stanu zdorov'ya ditej, pidlitkiv ta molodi. [Scientific principles of psychohygienic diagnosis of the health of children, adolescents and young people] *Dovkillya ta zdorov'ya*, 4(64), 21–25.

3. Serheta, I. V., Mostova O. P. (2013) Medy`ko-social`ni aspekty` navchal`noyi adaptaciyi ta stan zdorov'ya uchniv shkil`nogo viku. [Medical and social aspects of educational adaptation and the state of health of school-age students] *Aktual`ni py`tannya pediatriyi, akusherstva ta ginekologiyi*. (2), 20–22.

PECULIARITIES OF TEACHING SELECTIVE DISCIPLINES FOR FOREIGN STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDIC DENTISTRY IN TERNOPII NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Demkovych A.

PhD, Associate Professor of Orthopedic Dentistry Department

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

<https://orcid.org/0000-0001-9823-4283>

The experience of application a textbook in the educational process of the selective discipline "Modern technologies of solid-cast prosthetics" for English-speaking students at the Department of Orthopedic Dentistry of Ternopil National Medical University purpose of which to facilitate the orientation of foreign students of the Faculty of Dentistry in the study of the subject "Orthopedic Dentistry".

Key words: Orthopedic dentistry, selective discipline, foreign students.

Introduction. Orthopedic dentistry is one of the fundamental dental disciplines, which provides theoretical and practical training of a dentist, forms his scientific and medical thinking, the nature of his views on the mechanisms of restoring the integrity of the dentition or individual tooth. In addition to the restoration of masticatory function, in the modern aspect of dentistry, the aesthetic direction in orthopedics is rapidly developing, when with the help of crowns or veneers the patient can change the size and position of the tooth, change the color and shape of their teeth [1].

The main principle followed by the department in teaching such a complex and extensive to study and master the material of the discipline is the ability to identify the essential provisions of different types of maxillofacial prosthetics, providing clinical thinking and deep understanding of students the basic mechanisms and tasks of orthopedic dentistry.

Main part. The selective course "Modern technologies of solid-cast prosthetics", which is taught at the Department of Orthopedic Dentistry of I. Horbachevsky Ternopil National Medical University Ministry of Health of Ukraine is aimed at acquainting students with modern methods of fixed and removable prosthetics [2]. Mastering this discipline lays the foundation for the study of propaedeutics of orthopedic dentistry and orthopedic dentistry, involves the integration of teaching with these disciplines and the formation of skills to apply the acquired knowledge in the process of further study and professional activities [3].

The lack and small amount of literature adapted for teaching foreign students, which reveals the content of the curriculum of the elective course motivated the teachers of the department to publish a textbook "Aesthetic aspects of prosthetic design", compiled in accordance with the curriculum of the selective course "Modern technologies of solid-cast prosthetics", approved by the Ministry of Health of Ukraine and built on the principle of guidelines for studying the material for each topic of the lesson, which facilitated the development of the material.

This textbook "Aesthetic aspects of prosthetic design" directs foreign students to independent creative work and the formation of professionally relevant skills that create the necessary conditions for successful learning. This publication can be used by teachers of dental faculties of higher medical schools as a method manual. Each practical lesson includes educational information for students on the topic, schemes of clinical and laboratory stages of manufacturing appropriate orthopedic structures and a list of control questions to determine the level of assimilation of the studied material.

The teaching of orthopedic dentistry to foreign students is constantly improved, discussed at cathedral meetings and seminars on the problems of teaching theories and methods of prosthetics and the acquisition of practical skills.

Conclusions. Thus, the training system used at the Department of Orthopedic Dentistry of I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, promotes optimal learning, consolidation of theoretical knowledge and practical skills of foreign students and provide optimal conditions for studying orthopedic dentistry, in particular selective disciplines included in various sections of this subject.

References

1. Felton, D., A. (2009). Ethics, Dentistry, and the Prosthodontist, *18*(4), 291. doi: 10.1111/j.1532-849X.2009.00484.x
2. Hasiuk, P., Demkovich, A., Rosolovska, S., Vorobec, A., Radchuk, V., & Bedeniuk, O. (2018). Specifics of teaching selective discipline at the department of prosthetic dentistry for foreign students of the second year study. *World Of Medicine And Biology*, *14*(63), 202-204. doi: 10.26.724 / 2079-8334-2018-1-63-202-204
3. Hasiuk, P., P., Demkovich, A., A., Rosolovska, S., S., Vorobec, A., A., Radchuk V., V., & Bedeniuk O., O. (2018). Method of teaching a selective discipline in the prosthetic dentistry department. *Bulletin Of Problems Biology And Medicine*, *1*(2), 261-263. doi: 10.29254/2077-4214-2018-2-144-261-263

РОЛЬ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ У ВИБОРІ ЇХ МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЇ

Біцька І.

к.м.н., доцент кафедри хірургії № 1
<https://orcid.org/0000-0001-7172-7416>

Романуха В.

асистент кафедри терапії і сімейної медицини післядипломної освіти ННІПО Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

У дослідженні прийняли участь 50 студентів Івано-Франківського національного медичного університету, яке проводилось у 2018-2019 рр.

Студентів розділено на дві групи: I група - 22 студенти фармацевтичного факультету, які представляли природничий напрям інтелектуального розвитку, II група – 28 студентів медичного факультету, які представили гуманітарний напрям.

Було встановлено, що обидві групи показали високий відсоток (24%) інтелектуальної обдарованості, що в поєднанні з упевненістю в собі вказує на досить адекватну оцінку досліджуваними студентами обох груп своїх можливостей та здібностей.

Ключові слова: інтелектуальний розвиток, природничий напрям, гуманітарний напрям.

Актуальність проблеми рівня інтелектуальної обдарованості молоді є важливою у кожному сучасному суспільстві, так як від цього залежить розвиток різноманітних галузей, і рівень благополуччя країни в цілому. Складна ситуація у медичній галузі нашої країни, низький рівень надання медичних послуг у медичних закладах, та виклики (пандемії хворіб), з якими зіткнулась медична галузь не тільки нашої країни, але і світу, однозначно підвищили вимоги до інтелектуальних можливостей студента медичного вузу, а згодом і лікаря. Реалізація потенціалу інтелектуальної обдарованості полягає у здатності суб'єкта ініціативно, самостійно, творчо обмірковувати і приймати реалістичні рішення. Бути інтелектуально обдарованою людиною має також важливе значення і для самореалізації в житті, не тільки в професійному, але і в особистому [1; 2].

Вивченням різних аспектів проблеми обдарованості займалися такі вчені психологи як: А.Г. Ковальов, В.М. М'ясищев, Н.С. Лейтес, А.М. Матюшін, В.О. Молярко, В.М. Теплов, В.М. Екземплярський, R. Cattell, F. Galton, W. Stern та інші. а експериментально-теоретичну базу для вивчення етіології творчих здібностей заклали Я.О. Пономарьов, Fd. Vono, J. Gilfjrd, P. Torrance. Властивості особистості, безпосередньо пов'язані з розвитком обдарованості, дослідили Н.С. Лейтес, В. Освальд, А. Maslou, C. Rodgers, C. Taylor.

Існує декілька підходів до вивчення інтелектуальної обдарованості. Найбільш відомим у дослідженні інтелектуальної обдарованості є підхід за допомогою вимірювання коефіцієнта інтелекту (IQ), чи психометричний підхід (Terman L., Hollingworth L. та ін.). Але коефіцієнт інтелекту виявляє

не стільки реальні інтелектуальні можливості людини, скільки рівень її соціалізованості (Гуревич К.М., 1980). Таким чином, визначення рівня IQ у студента медичного вузу не дозволяє надійно ідентифікувати прояви інтелектуальної обдарованості.

R. Sternberg у своїх дослідженнях прийшов до висновків, в яких поняття «інтелект» було значно розширене за рахунок аналізу процесів у сфері «внутрішнього» і «зовнішнього» досвіду суб'єкта.

За даними інших дослідників (Torrance E.P., Guilford J. та ін.), обдарованість трактується як креативність, тобто здатність створювати щось нове, оригінальне.

Представники практичного підходу у вивченні обдарованості основну увагу зосереджують на проблемі психологічних механізмів успішності діяльності, оскільки вивчають здібності з погляду таких характеристик діяльності, як результативність, індивідуальні особливості способів діяльності, стійкість до перешкод і т.д. (Леонтьєв О.М., Рубінштейн С.Л., Теплов Б.М.) [3; 4].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей вияву інтелектуальної обдарованості у студентів медиків, яке проводилось у 2018-2019 роках. у ньому брали участь п'ятдесят студентів ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

Матеріали і методи. Виділено дві групи студентів : I група – 22 - студенти–фармацевти, II група – 28 - студентів медичного факультету. Вибір саме таких груп студентів , які представляють природничий та гуманітарний напрям підготовки у вищому навчальному закладі, зумовлений необхідністю вияву різновидів обдарованості, якщо такі існують, а також їхньої специфіки.

У дослідженні використовувались такі методи: опитувальник структури темпераменту В. М. Русалова, тест – опитувальник самовідношення В. Століна, методика «ціннісні орієнтації» М. Рокич, методика дослідження емпліцидної теорії обдарованої особистості, диференційно-діагностичний опитувальник, самооцінні шкали. Також, у дослідженні використовувався метод експертних оцінок: кожен студент оцінював рівень інтелектуальної обдарованості кожного члена своєї групи за 5–бальною шкалою. Під час дослідження студенти також розв'язували ряд творчих завдань. Результати розв'язання завдань оцінювалися за 5 –

бальною шкалою, де 5-оригінальне розв'язання, 4,3,2 – проміжні оцінки між стандартним та оригінальним розв'язанням, 1 – стандартне розв'язання, 0 - нерозв'язане завдання.

Результати та їх обговорення. у ході дослідження рівень інтелектуальної обдарованості двох груп досліджуваних студентів медиків фіксувався на основі методу експертних оцінок студентами членів своєї групи. Результати показали, що середні оцінки обдарованості у II групи (гуманітарний напрям) становлять 3,93, у I-ї групи (природничий напрям) 4,05. Широта оцінок від 2 до 5.

Середні оцінки рівня обдарованості свідчать, що переважає високий рівень – 24% студентів оцінюються найвищою оцінкою «5», 60,6% - «4», 13,6%- «3», 1,8% -«2». Більшість студентів у двох групах мають оцінки вищі за середні, і згідно критеріїв Kalmogorova-Smirnova це свідчить про нормальний розподіл оцінок інтелектуальної обдарованості. За тестовими методиками та опитувальниками не було значних відмінностей між студентами фармацевтичного і медичного факультетів, що індивідуальні особливості особистості не визначають специфіку обдарованості до тієї чи іншої галузі знань.

Вивчаючи дані взаємозв'язку інтелектуальної обдарованості та самовідношення, виявлено, що досліджувані мають високу критичність відносно себе, але вірять у свої сили, здібності та енергію, прагнуть суспільного визнання у вигляді поваги оточуючих, колективу, хочуть максимально використати свої можливості, сили та здібності. Вказані цінності, виявлені за методикою ціннісних орієнтацій М. Рокича, є кінцевими, і підтверджують дані про те, що обдарована особистість цінує не результат своєї діяльності, а сам процес творчості. Дослідження емпліцитної обдарованості особистості показало здатність обдарованого студента знаходити цілком «прості» способи розв'язання складних і незвичайних задач. Результати, одержані за «Диференційно-діагностичним опитувальником» свідчать про те, що спрямованість інтересів суттєво не впливає на прояв інтелектуальної обдарованості та на професійну спрямованість досліджуваних.

Результати розв'язання творчих завдань виявили відмінності між студентами з гуманітарною та природничою спрямованістю. Студенти – природничники продемонстрували більшу кількість оригінальних

розв'язків (середній бал 4,0), ніж студенти гуманітарії (середній бал 2,5). Показники успішності розв'язання творчих завдань мають кореляцію з показниками професійної спрямованості «людина-природа» за диференційно-діагностичним опитувальником для студентів природничиків та показниками спрямованості «людини-людина» для студентів – гуманітаріїв. Це свідчить про інтерес та чітку спрямованість на майбутню професію з урахуванням її особливостей.

Висновки

1. Високий відсоток (24%) інтелектуальної обдарованості студентів, в поєднанні з упевненістю в собі вказує на досить адекватну оцінку досліджуваними студентами обох груп своїх можливостей та здібностей.

2. Студенти фармацевтичного факультету, природничого напрямку, демонстрували вищу успішність в розв'язанні складних творчих завдань, і що має кореляцію з професійним спрямуванням.

3. Успішність розв'язання творчих завдань не впливає на ціннісні орієнтації особистості студента, що має вкрай важливе значення у професії медика.

Список використаних джерел

1. Палагута, К. О. (2017). Інформаційна компетентність як засіб підвищення конкурентоспроможності випускників ВНЗ. Інформаційні технології в культурі, мистецтві, освіті, науці, економіці та бізнесі : Міжнародна науково-практична конференція. (17-20 квітня, 2017), (2), 224-226.

2. Гудивок, В. І., Василюк, С. М., Біцька, І. В., Осадець, В. С. (2019). Психологічна компетентність викладача медичного вузу як чинник гуманізації навчального процесу. *Актуальні питання підвищення якості освітнього процесу*: Науково-практична конференція з міжнародною участю, 17 травня, 2019, 173-174.

3. Формування психолого-педагогічної стійкості, профілактика стресів, розумових, емоційних та інших перевантажень обдарованих дітей і молоді, виховання у них патріотизму й громадянської позиції у процесі навчання і виховання. (2004). С. Д. Максименко, В. Ф. Москаленко (ред.). Київ, Купріянова.

4. Холодная, М. А. (1993). Психологические механизмы интеллектуальной одаренности. Вопросы психологи, (1), 32-39.

THE PECULIARITIES OF THE DISTANCE LEARNING INFLUENCE ON STUDENTS' HEALTH

Dunaiev O.

Acting Head of The Department of Forensic Medicine, Medical Law

<https://orcid.org/0000-0002-3231-7171>

Grygorian E.

PhD Student of The Department of Forensic Medicine, Medical Law

<https://orcid.org/0000-0001-5634-015X>

Gubin M.

Associate Professor of The Department of Forensic Medicine, Medical Law

<https://orcid.org/0000-0002-2383-3211>

Sokol V.

Associate Professor of The Department of Forensic Medicine, Medical Law

<https://orcid.org/0000-0001-7322-058X>

***Kharkiv National Medical University,
Ukraine***

Due to the COVID-19 pandemic, schools closed their doors and classes became online, in order to diminish its spreading. The shift to distance learning has affected not only teachers who have had to make changes to their curricula, but also students who have had to adapt to the new learning environment. One of the main consequences of the shift to distance learning is its impact on student health:

1. Distance learning can affect the level of physical activity of students. Lack of physical activity in between classes forced some students to remain motionless at their computers for hours.

2. Many international students who are in different time zones had to adjust their sleep cycle to attend classes. Changing the regular sleep pattern affects the circadian rhythm of the body or the internal biological clock. The circadian rhythm is based on the light illumination, which is supported by waking up when there is no light; and going to sleep when it is dark.

3. Virtual learning inevitably increases the amount of time that students spend on digital devices every day. [1]

Changes in mental status or emotional stress can cause serious difficulties for university students and often affect their academic performance. For online course teachers, the main academic problems of students that are of concern are students' poor completion of tasks on time, lack of participation in online discussions, and lack of early response to emails and / or phone calls. [2]

In his book, "College Students in Distress: A Resource Guide for Faculty, Staff, and Campus Community," Sharkin [3] offered a number of helpful guidelines for using repetitive behaviors to identify warning signs of mental health problems in students:

- Models of atypical behavior: this is behavior that "does not correspond to the character of a particular student"
- Patterns of unusual behavior: behavior that is abnormal or strange, even in a collective community; such as paranoia, constant fantastic thinking, or actions that interfere with the learning atmosphere.
- Low-performing models: Concerned students often fall into a cycle of emotional problems, leading to academic problems that further exacerbate emotional stress, and reduce student's performance.

Sharkin's [3] guidelines for teachers could be easily adapted to the distance learning environment. In an "online environment", it is difficult to observe changes in hygiene habits, clothing or physical behavior; but changes in the quality of the work or the content of the student's discussion messages are subject to evaluation by teachers. If the change in student performance is sudden, unusual, accompanied by disrespect for classmates and teachers, or leads to a decrease in student performance, the possibility of some teacher intervention has to be taken into account. The initial action of teachers in such a situation is a personal conversation with the student about the teacher's concerns [3].

Online course teachers can be the main link between a student and a university and have a unique opportunity to help solve mental health problems. Stress from coursework in university can lead to emotional distress in students, whether they are in traditional or distance learning. For these reasons, it is very important for the university administration to develop specific resources for mental health and rehabilitation for teachers and students. [1]

References

1. Amrita Balram (2020). How online learning can affect student health. The Johns Hopkins News-Letter.
2. Bonny Barr (2014). Identifying and addressing the mental health needs of online students in higher education. *Online Journal of Distance Learning Administration*, (XVII), Number II, 2014.
3. Sharkin (2006). College Students in Distress: A Resource Guide for Faculty, Staff, and Campus Community.

УПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ ПІДХОДІВ ГІГІЄНИ ПРАЦІ В ПРОЦЕС ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Дибкалюк С.

доцент кафедри

Герцен Г.

завідувач кафедри

Процик А.

завуч кафедри

Мовчан О.

професор кафедри

Білоножкін Г.

доцент кафедри

Остапчук Р.

доцент кафедри

Штонда Д.

асистент кафедри

**Кафедра ортопедії і травматології №1,
Національна медична академія
післядипломної освіти імені П. Л.
Шупика, Україна**

Сучасна післядипломна підготовка лікарів ортопедо-травматологічного профілю потребує постійного вдосконалення в напрямку впровадження новітніх технологічних можливостей в навчально-методичний процес.

Мета: висвітити переваги використання новітніх технологій навчання в навчально-методичній роботі післядипломної підготовки лікарів ортопедів-травматологів.

Матеріал і методи: оцінювались результати засвоєння практичних навиків за тестовою методикою, яка включало 12 практичних навиків для кожного слухача на циклах тематичного удосконалення, спеціалізації, передатестаційних циклах. Використовувалась 12-бальна система: при повноцінній демонстрації практичного навичку з відповідними поясненнями послідовності своїх дій слухач отримував один бал, при відсутності або неповної реалізації практичного навичку бали не нараховувались. Було оцінено дві групи слухачів: I – 183 курсанти ортопедо-травматологічного профілю, та II – 225 курсантів ортопедів-травматологів, що отримували післядипломну освіту на кафедрі з 2015 по 2020 роки. При створенні робочого місця використовувався принцип відповідності статико-динамічного навантаження оптимальним показникам кровотоку в екстра-краніальному відділі хребтових артерій в II групі курсантів.

Для слухачів ортопедів-травматологів в системі навчання були використані:

- дистанційні методи демонстрації хірургічних втручань, лікарських маніпуляцій з надання допомоги ортопедо-травматологічним хворим;
- відпрацювання практичних навиків з ендопротезування, остеосинтезу, ремоделювання складних переломів, внутрішньо-суглобових маніпуляцій, накладання спеціальних швів на сухожилки та м'язи на муляжах в обладнаних навчальних кабінетах.

Результати і обговорення:

після виведення загального середнього балу на предмет засвоєння практичних навиків для лікарів ортопедів-травматологів на циклах післядипломної освіти ми отримали наступні показники:

I група – $8,72 \pm 1,3$ бали ($p < 0,05$);

II група – $10,34 \pm 1,23$ бали ($p < 0,05$).

Це свідчить про доцільність використання навчальних муляжів і тренажерів, дистанційних методів у практиці післядипломної освіти.

Висновки: післядипломна підготовка фахівців потребує впровадження новітніх технологій в процесі навчання.

Ключові слова: післядипломна, освіта, хребтова, артерія, курсанти, підготовка.

Вступ. Сучасна післядипломна підготовка лікарів ортопедо-травматологічного профілю потребує постійного вдосконалення в напрямку впровадження новітніх технологічних можливостей в навчально-методичний процес [1; 2].

Мета: висвітити переваги використання новітніх технологій навчання в навчально-методичній роботі післядипломної підготовки лікарів ортопедів-травматологів.

Матеріал і методи: оцінювались результати засвоєння практичних навиків за тестовою методикою [3; 4], яка включало 12 практичних навиків для кожного слухача на циклах тематичного удосконалення, спеціалізації, передатестаційних циклах. Використовувалась 12-бальна система: при повноцінній демонстрації практичного навичку з відповідними поясненнями послідовності своїх дій слухач отримував один бал, при відсутності або неповної реалізації практичного навичку бали не нараховувались. Було оцінено дві групи слухачів: I – 183 курсанти ортопедо-травматологічного профілю, та II – 225 курсантів ортопедів-травматологів, що отримували післядипломну освіту на кафедрі з 2015 по 2020 роки. При створенні робочого місця використовувався принцип відповідності статико-динамічного навантаження оптимальним показникам кровотоку в екстра-краніальному відділі хребтових артерій в II групі курсантів.

Всім було проведено ультразвукове доплерівське дослідження брахіоцефальних артерій (БЦА) з більш ретельним обстеженням магістральних судин шії при використанні функціональних позиційних проб, застосуванням розробленого пристрою для моніторингу мозкового кровотоку. Дослідження виконували на діагностичному комплексі ультразвуковий апарат (ALOKA 5000, Японія) вихідною потужністю 10-200 мВт/см з можливістю триплексного картування за допомогою датчика 7.5; 13 МГц на базі КМКЛ №8. м. Київ. Дані методики були базовими для скринінгу наявності екстравасальної компресії хребтових артерій (ХА).

Ультразвукові доплерівські дослідження були обґрунтовані необхідністю об'єктивізації кровотоку.

Для слухачів ортопедів-травматологів в системі навчання були використані:

- дистанційні методи демонстрації [5, 6] хірургічних втручань, лікарських маніпуляцій з надання допомоги ортопедо-травматологічним хворим;

- відпрацювання практичних навиків з ендопротезування, остеосинтезу, ремоделювання складних переломів, внутрішньо-суглобових маніпуляцій, накладання спеціальних швів на сухожилки та м'язи на муляжах в обладнаних навчальних кабінетах [7].

Результати і обговорення.

Під контролем УЗДГ БЦА були визначені оптимальні положення голови та верхніх кінцівок відносно елементів оперативних систем, екранів комп'ютера, які відповідали кращим показникам кровотоку. Таким чином, простора орієнтація опорно-рухового апарату під час навчання максимально виключала позиційну компресію хребтових артерій.

Для діагностики найбільш інформативною була характеристика кровоплину на основі спектрального аналізу доплерівського сигналу. Характеристики кровотоку визначались шляхом якісної та кількісної оцінки спектрограми. Якісний аналіз спектрограм базувався на візуальній оцінці форми доплерограми, де бралися до уваги її деформації, виразність систолічної та діастолічної фаз кровотоку, наявність "вікна" систолічного розширення спектрограми, розташування хвилі відносно ізолінії, однорідність та ширина контуру біля систолічного піку. Кількісні характеристики відображали безпосередні параметри спектрограми, амплітудні та частотні, а також вихідні показники цих параметрів, розрахункові індекси спектрального аналізу. Головними параметрами доплерівського спектра вважалась максимальна систолічна (МСШ, або V_{max}) та кінцева діастолічна швидкість (КДШ, V_{min}). середня лінійна швидкість кровотоку за цикл (СЛШ, V_c), на базі яких і розраховувався ряд індексів (коефіцієнт асиметрії - KA , індекс пульсації - PI , індекс циркуляторного або периферійного опору - RI). Для визначення функціональних можливостей судин використовували функціональні проби, які відтворювали фізіологічні рухові стереотипи: повороти голови в обидва боки та проба де Клейна (хворий втягував руку до горизонтального рівня й одночасно повергав голову від неї), що дозволяло визначити залежність кровотоку від стану ШВХ.

При моделюванні ортопедичної ситуації на цьому етапі необхідно було обстежувати хворих з клінічною симптоматикою у вертебробазиллярному басейні, якщо на попередніх етапах не були виявлені гемодинамічно значимі порушення, або для уточнення і конкретизації даних, отриманих на 1 і 2 етапах обстеження. Були відтворені положення опорно-рухового апарату, які виникають при роботі з оперативними системами.

Після виведення загального середнього балу на предмет засвоєння практичних навиків для лікарів ортопедів-травматологів на циклах післядипломної освіти ми отримали наступні показники:

I група – 8,72±1,3 бали (p<0,05);

II група – 10,34±1,23 бали (p<0,05).

Це свідчить про доцільність дотримання гігієни опорно-рухового апарату при використанні навчальних муляжів і тренажерів, дистанційних методів у практиці післядипломної освіти.

Суттєвий вплив на м'язи плечового поясу та шиї оказували особливості оточення, поведінки слухача, які призводили до посилення ролі статичного (статично-позиційного) або фізичного (динамічно-позиційного) навантажувального впливу. Ці негативні фактори самі по собі не являли основну причину виникнення синдрому компресії ХА, але сприяли загостренню симптоматики. До таких негативних факторів ми віднесли наступні:

- утримання рук на вазі без належної фіксації при роботі з комп'ютером, друкуванні, малюванні на високо фіксованій дошці (I гр. – 86 слухачів (46,9%), II гр. – 63 слухача (28,0%));

- не вигідне розташування персонального комп'ютера, яке змушує змінити зручне положення голови, кінцівок, тулуба на напружене, потребує утримання голови повернутою в бік максимальної компресії ХА (I гр. – 83 слухача (45,3%), II гр. – 72 слухача (32,0%));

- скрите хронічне перевантаження (I гр. – 23 слухача (12,5%), II гр. – 26 слухачів (11,5%));

- сильне обертання голови при нерухомій позі (I гр. – 22 слухача (12,0%), II гр. – 24 слухача (10,6%));

- тривале сидіння схилившись вперед до столу, коли не вистачає простору для колін, звичка сидіти, опираючись підборіддям на долоні рук, при тому що лікоть знаходиться напроти грудини (I гр. – 48 слухачів (26,2%), II гр. – 43 слухача (19,1%));

- тривале розігнуте положення шиї при роботі з закинutoю головою (високе розташування екрана, синдром «Стендаля» або «Сікстинської капели») (I гр. – 56 слухачів (30,6%), II гр. – 38 слухачів (16,8%);

- закидання голови з метою уникнення відображеного світла під час роботи в контактних лінзах або окулярах при розташуванні джерела світла над головою (I гр. – 15 слухачів (8,2%), II гр. 18 слухачів (8,0%));

- незручне офісне крісло, в якому опора для голови зміщена вперед (рекомендовано підкладання подушки в області поперекового відділу) (I гр. – 86 слухачів (46,9%), II гр. – 72 слухача (32,0%));

- робота за комп'ютером у хворих на міопію, коли приходится подавати голову вперед (I гр. – 98 слухачів (53,%), II гр. – 85 слухачів (38,2%));

- сколіотична постава, перекіс тазу, різна довжина нижніх кінцівок, інші деформації та аномалії скелетно-м'язової системи опорно-рухового апарату, що перетворюють звичайне статичне навантаження у напружене позиційне (I гр. – 25 слухачів (13,6%), II гр. – 27 слухачів (12,0%));

- носіння незручної одежі (високого комірця), стислого взуття (I гр. – 27 слухачів (14,8%), II гр. – 38 слухачів – 16,8%));

- звичка упиратись головою о тверду поверхню з утворенням положення сильного згинання хребта під час перегляду телевізійних програм, роботі з персональним комп'ютером, читанні печатного тексту (I гр. – 37 слухачів (20,2%), II гр. – 32 слухача (14,2%));

- поза з відкинутою головою (I гр. – 15 слухачів (8,2%), II гр. – 8 слухачів (3,5%));

- напружене розгинання в шийно-грудному відділі з метою компенсації позиційного попереково-грудному кіфозу під час тривалого спостереження при роботі з далеко розташованим на столі екраном комп'ютера (I гр. – 28 слухачів (15,3%), II гр. – 19 слухачів (8,4%));

- напружена поза під час статичного навантаження, якщо втомлені м'язи шиї випробовують вплив холодною повітря (I гр. – 26 слухачів (14,2%), II гр. – 28 слухачів (12,4%)).

Перелічені фактори статичного позиційного навантаження або стереотипного динамічного напруження могли викликати міотонічні та неврологічні вертебро-базиллярні порушення.

Висновки: післядипломна підготовка фахівців потребує впровадження новітніх технологій в процесі навчання.

В умовах пандемії навчальний процес здебільшого проводиться дистанційно, а тому, дотримання правил стерео-токсичної гігієни опорно-рухового апарату набуває особливого значення.

INTRODUCTION OF NEWEST APPROACHES TO WORKER HEALTH IN THE PROCESS OF POSTGRADUATE TRAINING

Dybkaliuk S., Hertsen H., Protsyk A., Movchan O., Bilonozhkin H., Ostapchuk R., Shtonda D.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Introduction. Modern postgraduate training of doctors of orthopedic and traumatological profile requires constant improvement in the direction of introduction of the newest technological capabilities in educational and methodical process.

The purpose: to highlight the benefits of implementing the latest learning technologies in the educational and methodological work of postgraduate training of orthopedic traumatologists.

Material and methods: the results of mastering practical skills were evaluated according to the test method, which included 12 practical skills for each student in the cycles of thematic improvement, specialization, prequalifying cycles. A 12-point scoring system was used: in the case of a full demonstration of practical skill with appropriate explanations of the sequence of actions, the student received one point, in the absence or incomplete implementation of practical skill no points were received. Two groups of students were evaluated: group I – 183 students of orthopedic and traumatological profile, group II – 225 orthopedic traumatologists students who obtained postgraduate education from 2015 to 2020.

At creation of a workplace, the principle of conformity of static and dynamic loading to optimum indicators of a blood-flow in extracranial department of vertebral arteries of the II group of students was used.

Following methods were used in the training system of orthopedist-traumatologist students:

remote methods of demonstration of surgical interventions, medical manipulations to provide care to orthopedic and traumatic patients;

training of practical skills in endoprosthesis, osteosynthesis, remodeling of complex fractures, intra-articular manipulations, application of special sutures on tendons and muscles on models in equipped training rooms.

Results and discussions:

After calculating the average score for the acquisition of practical skills by orthopedic traumatologists in the cycles of postgraduate education, we obtained the following indicators:

group I – 8,72 points \pm 1,3 points ($p < 0,05$);

group II – 10,34 points \pm 1,23 points ($p < 0,05$);

This indicates the feasibility of using training models and simulators, distance learning methods in the practice of postgraduate education.

Conclusions: postgraduate training of specialists requires the introduction of new technologies in the learning process.

Key words: postgraduate, training, vertebral, artery, students, education.

Список використаних джерел

1. Вороненко, Ю. В., Зозуля, І. С., Вишнякова, О. Б. Гош, Р. І., Смаглюк, О. Є. (2013). Підготовка науково-педагогічних кадрів в НМАПО імені П.Л.Шупика в 2012 році. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика, (22(1)), 5-9.
2. Про внесення змін і доповнень до Тимчасових правил прийому до магістратури в медичних вищих навчальних закладах (Наказ МОН України) № 295 (1996).
3. Про затвердження Положення про обрання та прийняття на роботу науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів третього і четвертого рівнів акредитації (Наказ МОН України) № 744 (2002).
4. *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні (2017)*. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародної участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ. 18-19 травня, 2017, Тернопіль, Україна: року. ТДМУ.
5. Про затвердження Положення про підготовку науково-педагогічних і наукових кадрів (Постанова) № 309 (1999).
6. Про затвердження Положення про клінічну ординатуру (Наказ). № 12. (1998).
7. Про вищу освіту (Закон України). № 1556-VII. (2019).

РЕГУЛЯЦІЯ СТАНУ ТРИВОЖНОСТІ ТЯЖКОХВОРИХ ДІТЕЙ

П'янківська Л.

*кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права
НМАПО імені П. Л. Шупика, Україна*

<https://orcid.org/0000-0001-9086-271X>

Автором розглянуто актуальну проблему регуляції стану тривожності тяжкохворих дітей. Охарактеризовано тривожний тип відношення до хвороби. Представлено особливості взаємодії лікаря, медичного персоналу при проявах тривожності у дитини-пацієнта. Наведено практичні рекомендації щодо регуляції тривожності при роботі з тяжкохворими дітьми.

Ключові слова: тривожність, тяжкохворі діти, нозогенія, тип відношення до хвороби, особливості взаємодії «лікар-пацієнт».

Одним із найактуальніших деструктивних психічних станів особистості хворої дитини є тривожність. Вона з'являється у неї тоді, коли не задовольняється головна потреба – потреба у безпеці. Проблема тривожності хворої дитини тісно пов'язана з її станом здоров'я, довірою та міжособистісними взаємостосунками з членами родини, лікарями та медичним персоналом, а також безпосередньо впливає на її психоемоційний стан та на сам перебіг захворювання.

Уперше у психологічну науку поняття «тривожність» було введено З. Фрейдом у 1925 році. у «Психологічному словнику» тривожність визначається як індивідуальна психологічна властивість особистості, що виявляється у її схильності до частих й інтенсивних переживань стану тривоги при низькому порозі її виникнення [2].

Науковець М. Левітова констатує, що тривожність є психічним станом, який виражається через занепокоєння і хвилювання при можливих неприємностях [8]. Вчений Дж. Келлі, різнобічно розглянувши проблему тривожності, зазначає, що вона є результатом усвідомлення того, що існуючі конструкти поведінки є не дієвими у передбаченні та переборюванні всіх подій з якими зіштовхується людина. Саме нездатність прогнозувати ситуацію викликає почуття безпорадності, незахищеності [5]. Ці характеристики тривожності також притаманні хворим дітям.

Ф. Березін акцентує увагу на тому, що тривожність, зазвичай, є підвищеною у осіб при нервово-психічних та важких соматичних захворюваннях [1, с. 176]. За результатами власних досліджень він виокремлює ряд основних проявів тривожності: відчуття внутрішньої напруженості, власне тривога як почуття небезпеки, гіперестезичні реакції, страх, неусвідомленість безпосередніх причин тривоги, відчуття невідворотності подій, тривожно-боязке збудження [1, с. 112]. Вчені А. Лічко, Н. Іванов у своїй класифікації виділяють тривожний тип відношення до хвороби [6], а І. Вітенко, І. Спіріна – класифікують тривожність як нозогенію [7].

Тривожність загалом є складною реакцією і може проявлятися дwoяко: приховано, тобто певною мірою усвідомлено, але вираженим спокоєм чи специфічністю у поведінкових виявах або відкрито – як усвідомлено пережита та така, що проявляється у вигляді тривоги.

При тривожному ставленні до хвороби у дітей-пацієнтів, залежно від їх віку, індивідуально-характерологічних властивостей та особливостей захворювання спостерігаються часті хвилювання щодо перебігу хвороби, маніпулятивних процедур, наслідків призначеного лікування, можливих ускладнень чи побічних реакцій тощо. Також прослідковуються зміни психоемоційного стану та поведінки у вигляді зниженого фону настрою та активності, пригніченості, постійного занепокоєння, що можуть переходити у депресивні прояви. Діагностуються такі соматичні симптоми як: підвищена втомлюваність, деконцентрація уваги, розлади сну, нічні жахи тощо. Водночас, саме захворювання дитини також може продукувати тривогу, що призводить до підсилення однойменної акцентуації характеру [4; 6].

Лікарі знають, що у тяжкохворих дітей часто зустрічається тривожний стан. Слід зазначити, що саме не інформованість дитини або відсутність розмов з приводу невістих новин не тільки про хворобу, але і про смерть приводять до зростання у неї тривожності й страхів. Саме «закритість» у обговоренні переживання може ускладнювати надання допомоги. Дослідники С. Леслі, Е. Шемеш порівнюють це з відсутністю адекватної терапії больового синдрому.

Тяжкохворі діти позитивно реагують на буденність, відкритість у спілкуванні, підтримку і певні обмеження, але їм важко даються зміни, невизначеність та ускладненні й конфліктні міжособистісні стосунки. Проста зміна умов перебування та оточення позитивно впливає на їх стан, а ресурси соціальної «підтримки» – є аналогом ліків.

Водночас, не всі лікарі знають та звертають увагу на те, що тяжкохворі діти нічим не відрізняються від інших, але їх життя пов'язане зі змінами та невизначеністю в яких потрібно якнайкраще пристосувати як дитину так і членів її сім'ї. Слід акцентувати увагу саме на тому, що діти проявляють неймовірну пластичність й загалом можуть справлятися із реалістичною інформацією, але важче переживають брехню та нещирість. Тривожність лікаря і членів родини є шкідливими для дитини.

Вітчизняні психологи-науковці В. Зливков та С. Лукомська вважають, що при тривожному ставленні до хвороби пацієнти потребують «материнського» підходу від медичного працівника [4]. Тяжкохворі діти потребують уваги, постійного спілкування, підбадьорювання й підтримки, а також пояснення стратегій лікування й процедур, що загалом сприяють зниженню у них хвилювання. Саме довіра і безпосереднє спілкування допомагає зрозуміти лікарю причини занепокоєння та тривоги у дитини

й дає можливість їй проговорити свої відчуття й обговорити проблемні питання з лікарем чи батьками.

Лікар Джастін Емері для регуляції стану тривожності при роботі з тяжкохворими дітьми надає наступні практичні поради [3]:

1. Необхідно слухати дитину та при цьому виявляти мужність до почуті від неї інформації чи поставленого складного запитання. Усе це дуже важливо для дитини і матиме терапевтичний вплив тоді, коли лікар слухаючи її – намагатиметься зрозуміти думки, почуття, тривожні думки, страх.

2. Доцільно нормалізувати стан дитини-пацієнта, хоча реально важко сприймати та діяти, коли дитина є тяжкохворою. Потрібно знати, що для цього є багато способів та можливостей. Робіть життя такої дитини більш адаптованим до звичного для неї та вносьте зміни тільки при необхідності. Формулюйте зрозуміло ваші думки й можливі очікування. Пояснюйте, що тривожність є нормальним станом будь-якої людини, навіть хворої. Розуміння цього дитиною допомагає їй по-іншому відноситися до себе та сприймати ситуацію.

3. Ефективною є робота з деструктивними думками. При тривожних деструктивних думках тяжкохворої дитини доречними є довірлива розмова та пояснення. Саме аналіз і спростування страшних для дитини думок, а також обговорення їх за можливістю, допомагає їй долати тривогу і страх.

4. Необхідно навчати дитину технікам поведінкової терапії (ігри, обійми, слухання музики, гра на музичному інструменті, перегляд телепередач, техніки саморегуляції поведінки тощо). Постійно заохочуйте їх наслідування дитиною, а саме їх застосування – зробіть реалістичним.

5. Доцільно уникати надмірності у розрадах. Більшість тяжкохворих усвідомлюють неминучість смерті, але не розуміють цього. При таких обставинах надмірність у виявах розради сприймається і відчувається дитиною як брехня, зникає довіра до лікаря й підсилюються тривожні побоювання.

Потрібно тонко відчувати готовність дитини розмовляти на складні теми. Як тільки вона починає задавати «відверті» запитання, то чесні відповіді та поради будуть більш ефективними, чим «штучна» розрада.

6. Бажана постійна робота з усіма членами сім'ї. Дитина відчуває себе спокійною та захищеною, коли є затишок, комфорт і безпека у родині. Для цього потрібно проводити роботу з сім'єю: слухання батьків та родичів, чесність у відповідях на питання, робота з деструктивними думками та

помилковими переконаннями; демонстрування моделей поведінки, що допоможуть нормалізувати ситуацію.

7. Бажаним є застосування прийнятих терапевтичних технік та прийомів. Маленьким дітям подобаються прийоми ігрової, арт- та музикотерапії, що повинні стати частиною лікувального підходу при роботі з ними. Старшим – більше імпонують когнітивні поведінкові техніки та вони охоче ходять на індивідуальні консультації.

Отже, особливості прояву тривожності тяжкохворої дитини залежать від захворювання та його перебігу, від вікових та індивідуально-характерологічних особливостей самої дитини. Описано, психоемоційні й поведінкові ознаки та соматичні симптоми стану тривожності тяжкохворих дітей.

Констатовано, що тяжкохворі діти потребують «материнського» підходу від медичного працівника, а не інформованість дитини про хворобу та супутні з нею проблемні питання можуть спричинити у неї підвищення тривожності й страху. Тяжкохворі діти з проявами тривожності прагнуть довіри, підтримки й відкритості у спілкуванні. Вони важко переживають зміни, невизначеність, ускладненні й конфліктні міжособистісні стосунки, а також нещирість.

Запропоновані практичні рекомендації щодо регуляції стану тривожності тяжкохворих дітей є ефективними при взаємодії «лікар-пацієнт», поглиблюють знання самих лікарів й дозволяють оцінити важливість зазначеної проблеми задля підтримання стану здоров'я дитини та гарантуванню їй потреби у безпеці.

Список використаних джерел

1. Березин, Ф. Б. (1988). Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград: ЛГУ.
2. Головин, С. Ю. (1998). Словарь практического психолога. Минск: Харвест.
3. Эмери, Дж. (2017). По-настоящему дельное руководство по паллиативной помощи детям для врачей и медсестер во всем мире. Москва: Проспект.
4. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О. (2017). Спес Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.; Київ.
5. Келли, Дж. (2000). Психология личности. «Теория личности (теория личных конструктов)», Санкт-Петербург: Речь.

6. Лічко А. Е. (1985). Подростковая психиатрия : (Руководство для врачей) : (изд. 2-е, доп. и перераб). Ленинград: Медицина.

7. Медична психологія. (2008). і .Д. Спіріна, І. С. Вітенко (ред.). Дніпропетровськ.

8. Томчук, С. М., Томчук М. І. (2018). Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: (монографія). Вінниця: КВНЗ «ВАНО».

СЕКЦІЯ: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ (ЗОКРЕМА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19)

ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОБОТИ ЛІКАРЯ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОЇ СЛУЖБИ В КАРАНТИННИХ УМОВАХ У ЗВ'ЯЗКУ З ПАНДЕМІЄЮ SARS-COV-2

Василик В.

завідувач патологоанатомічним відділенням, КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради», головний позаштатний експерт ДОЗ ОДА Івано-Франківської області за спеціальністю «Патологічна анатомія»
<https://orcid.org/0000-0002-0536-7245>

Господарьов Д.

доцент кафедри біохімії та біотехнології ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»
<https://orcid.org/0000-0001-8387-339X>

Мацькевич В.

доцент кафедри радіології та радіаційної медицини Івано-Франківський національний медичний університет
<https://orcid.org/0000-0003-2663-9702>

Юркевич І.

науковий співробітник кафедри біохімії та біотехнології ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», Україна
<https://orcid.org/0000-0003-3071-0014>

У період пандемії COVID-19 патологоанатоми у всьому світі зіткнулись з новими умовами праці: перебуваючи під загрозою зараження особливо

небезпечними інфекціями, працюючи з біологічними тканинами проводити автопсії тіл в захисних костюмах біозахисту та спілкуватись з родичами, які є контактними з померлими від SARS-CoV-2. Ці чинники вказали на необхідність оцінки психоемоційного стану патологів, для яких депресія та професійне вигорання ускладнилось психологічною напруженістю праці.

Ключові слова: професійне вигорання, депресія, карантинні умови, SARS-CoV-2.

У час пандемії COVID-19 лікарі патологоанатомічної служби у всьому світі зіткнулись з двома суперечливими один одному явищами: з одного боку – це висока контагіозність та небезпечність вірусу, який вимагає суворих і трудомістких заходів для гарантії безпеки персоналу, що здійснює аутопсію тіла померлого для попередження поширення вірусу за межами секційної кімнати, з іншого боку – якомога швидше після смерті пацієнта розпочати розтин та вправно його виконати для запобігання втрати діагностичної інформативності у відібраних зразках тканин [1].

Окрім напруженої роботи, пов'язаної з ризиками залишається не висвітленою референтивна сторона професії, яка включає в себе, як внутрішньолікарняний діалог, так і часто роз'яснювальну роботу з родичами померлого – так званий комунікативний феномен патологоанатомічного субдискурсу [2].

Проведені соціальні дослідження серед 512 і 163 членів французької та відповідно швейцарської асоціацій патологів за допомогою анкетування показали, що 16,7% респондентів у Франції та кожен восьмий опитуваний патолог у Швейцарії у мали психологічні розлади, такі як депресія та професійне вигорання. Французькі патологи здавались щасливими на роботі та мали хороший загальний, соціальний спосіб життя. Мало лікарів звертались за психологічною допомогою. Цікавим є, що поширеність куріння серед анкетованих патологів була нижчою, ніж серед загального населення. Незважаючи на описані ризики для здоров'я, швейцарські патологоанатоми з оптимізмом дивились на своє майбутнє та свою робочу ситуацію [3; 4].

Все це ускладнює і так непросту професію лікаря-патологоанатома, в щоденну роботу якого входить, окрім автопсій тіл, спілкування з родичами та перебування під загрозою зараження особливо небезпечними інфекціями, працюючи з біологічними тканинами. Сучасні дослідження в Україні є досить обмеженими щодо емоційного

навантаження патологоанатомів та потребують більш ретельної уваги до вивчення як комунікативного аспекту, так і власне вираження психологічної стійкості.

При дефіциті таких досліджень в Україні можна оцінити національне опитування платформи Medscape у США та його аналіз, які висвітлили не тільки вказані проблеми, а й шляхи її подолання. Це опитування, проведене до пандемії SARS-CoV-2, показало, що 52% від 400 опитуваних патологоанатомів задоволені вибором професії, а 63% – своєю заробітною платою. Серед 26 спеціальностей, які були анкетовані, патологоанатоми посіли 2 місце, вважаючи, що вони отримали достатню зарплату. Більше того, 66% патологоанатомів вважають, що правильна постановка діагнозу, можливість навчати лікарів інших спеціальностей, відчуття – бути лікарем та робити світ кращим – є найбільш корисним аспектом їхньої кар'єри. Патологи також знаходяться в найвищому квартилі серед груп лікарів, які відповіли, що є щасливими на роботі, та серед найнижчих груп, які повідомляють про професійне вигорання. Загалом, ці опитування 2016 року показують, що більшість морфологів знаходять глибоке задоволення у своїй кар'єрі як спеціалісти. у задоволенні кар'єрою патологоанатоми США поступаються лише дерматологам. Опитування показало, що серед практикуючих лікарів патологоанатомів мали низький рівень вигорання [5].

Особливу емоційну напруженість у роботі в умовах пандемії COVID-19 також викликає потреба швидкого освоєння найновіших рекомендацій: дотримуватися максимальної обережності при вирізанні зразків із трупів для дослідження; проведення розтинів для патоморфологічної діагностики; довготривала, фізично виснажлива робота у захисному костюмі; обробка, упаковка та зберігання зразків для подальшого лабораторного дослідження [6].

Пандемія COVID-19 внесла безсумнівно свої корективи у напруженість праці патологоанатомів у всьому світі. І, якщо такі фактори, як високий ризик зараження, збільшення навантаження роботою при дефіциті лікарів-патологів, висока відповідальність за достовірність результатів, строгі вимоги медичного світу рівня знань патологів є однаковими повсюдно, то питання соціального захисту, цінування соціумом епідемічно небезпечної професії та достатньої матеріальної компенсації для лікарів-морфологів є гострим та першочерговим. Досягнення відповідного рівня соціального забезпечення лікарів стане

рушійною силою вирішення питання щодо подолання емоційних розладів з найкращою ефективністю.

Перспективами подальших досліджень також є вивчення психологічних аспектів морфологів спеціальності «Дитяча патанатомія» та розширення даних щодо психологічної підтримки лікарів-патологоанатомів у час пандемій, які характеризуються загрозливою експоненціальною смертністю.

Робота над науковим дослідженням патоморфологічних аспектів SARS-CoV-2 стала можливою завдяки проекту-переможцю «SARS-COV-2-індуковані структурні і імунні порушення в органах-мішенях: пошук предикторів важкості перебігу і прогнозування ризиків виникнення ускладнень» (реєстраційний номер 2020.01/0157) у конкурсі «Наука для безпеки людини та суспільства», організованому Національним Фондом Досліджень України.

Список використаних джерел

1. Carpenito, L., D'Ercole, M., Porta, F., Di Blasi, E., Doi, P., Redolfi Fagara, G. ... Bufamante, G. (2020). The autopsy at the time of SARS-CoV-2: Protocol and lessons. *Annals of Diagnostic Pathology*, 48. doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2020.151562.
2. Nedostup, O.I. (2020). Speech strategies in pathoanatomic discourse: the communicative aspect. *World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies*, 1(11). (in Russian). doi.org/10.15862/45FLSK120.
3. Dervaux, A., Vaysse, B., Doutrelot-Philippon, C., Couvreur, V., Guilain, N., Chatelain, D. (2020). Pathologist occupational hazards: Results of a survey for the French case. *Annales de Pathologie*, 40(1), 2-11. doi.org/10.1016/j.annpat.2019.11.005.
4. Fritzsche, F.R., Ramach, C., Soldini, D., Caduff, R., Tinguely, M., Cassoly, E. ... Stewart, A. (2012). Occupational health risks of pathologists--results from a nationwide online questionnaire in Switzerland. *BMC Public Health*, 12. doi.org/10.1186/1471-2458-12-1054.
5. Xu, H., Remick, D.G. (2016). Pathology: A Satisfying Medical Profession. *Academic Pathology*, 3. doi.org/10.1177%2F2374289516661559.
6. Aljerian, K., & BaHammam, A.S. (2020). COVID-19: Lessons in laboratory medicine, pathology, and autopsy. *Annals of thoracic medicine*, 15(3), 138–145. https://doi.org/10.4103/atm.ATM_173_20.

ЧИННИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПЕРЕНАПРУЖЕННЯ ОТОЛАРИНГОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ В УМОВАХ РОБОТИ ПРИ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Мацькевич В.

доцент кафедри радіології та радіаційної медицини

Івано-Франківський національний медичний університет

<https://orcid.org/0000-0003-2663-9702>

Фіщук Р.

виконавчий керівник відділу клінічних досліджень, лікар-отоларинголог

КНП «Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради»

<https://orcid.org/0000-0003-4302-2405>

Камишний О.

професор кафедри мікробіології, вірусології та імунології

Тернопільський національний медичний університет

<https://orcid.org/0000-0003-3141-4436>

Ленчук Т.

доцент кафедри радіології та радіаційної медицини

Івано-Франківський національний медичний університет

<https://orcid.org/0000-0002-5737-8261>

Луцак О.

доцент кафедри біохімії та біотехнології

ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», Україна

<https://orcid.org/0000-0002-4627-1987>

З початком пандемії COVID-19 радіологи та отоларингологи працюють у напружених епідемічно небезпечних умовах та з підвищеним емоційним виснаженням. Шляхами подолання загрозливого

професійного вигорання можуть бути забезпечення необхідними витратними матеріалами і ліками, покращення умов праці, соціального становища у суспільстві та проведення регулярного моніторингу ментального здоров'я з напрацюванням методик когнітивної психотерапії.

Ключові слова: ментальне здоров'я, професійне вигорання, депресія, отоларингологія, радіологія, COVID-19.

Професія лікаря належить до психологічно напруженої та емоційно виснажливої роботи. Світова криза, яку спричинила коронавірусна інфекція (COVID-19) у 2019 році здійснює додатковий тиск на лікарів та систему охорони здоров'я в цілому і, як показують результати досліджень, що це створює додатковий ризик психологічних переживань для лікарів [1]. Для часткового вирішення цих проблем американський коледж радіології пропонує, окрім зменшення трудового навантаження та оптимізації робочого графіку, застосовувати також мікропрактики для підтримки емоційного інтелекту, які займають 2-3 хвилини з зосередженістю та записом трьох позитивних речей за робочий день [2,3].

У розпал пандемії COVID-19 у провінції Хубей (Китай) психологами було опитано 449 лікарів-отоларингологів за допомогою анкетування, де тривожність вимірювалась за шкалою Занга для самооцінки депресії. у 131 (29%) учасника виявлено симптоми тривоги. Порівняно з лікарями, медичні сестри мали вищий ризик виникнення тривожних розладів. Медики, які часто підозрювали самозараження або інфікування члена сім'ї коронавірусом, частіше страждали підвищеною тривожністю, ніж ті, які вважали себе здоровими. Суб'єкти, які мали колег з діагнозом COVID-19, були більш вразливими до тривожності та панічних атак. Респонденти, які працювали в інфекційних ізоляторах, мали у 3,5 рази підвищену тривожність порівняно з тими, хто знаходився у відпустці [4].

Також у 2020 році спостерігалось підвищення професійного вигорання в отоларингологів США з 42% до 50% у порівнянні з попередніми роками. Дослідники встановили кореляційний зв'язок між вигоранням та подовженням робочого часу. Збільшення участі в процедурах, зменшення фізичного навантаження та підвищені витрати часу на оформлення документів також пов'язано із наростанням вигорання. Пропонованим шляхом до подолання порушень емоційного

стану є майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія, яка включає усвідомлення та прийняття своїх почуттів і думок – як прагнення до перфекціонізму в робочих аспектах, так і ситуацій, коли слід залишатись нейтральними – так званий принцип «Відпусти і зачекай». Ефективними методами цієї терапії є застосування дихальних вправ з метою релаксації та формування навиків тимчасового перефокусування уваги з стресової ситуації на предмети та явища, які є заспокійливими і відволікаючими [5, 6].

Зростання психічного напруження серед отоларингологів частково пояснюється більш високими показниками зараження коронавірусом внаслідок виконання пацієнтам інтубації, трахеотомії, неінвазивної вентиляції та механічної вентиляції [7].

При дослідженні психоемоційного стану 600 радіологів під час роботи в умовах COVID-19 у 32 госпіталях провінції Сичуань (Китай) за шкалою Коннора-Девідсона та китайською шкалою сприйняття стресу було встановлено низьку стійкість до стресу у рентгенологів та рентгенлаборантів (бал стійкості у радіологів – 65,76, у той час, як у медсестер – 78,75, а у студентів-медиків – 68,50). Підвищена тривога була пов'язана з високою контагіозністю коронавірусу, недостатніми засобами захисту та побоюванням щодо переносу інфекції з робочого місця додому [8].

Слід відзначити у 2020 році зміщення акценту розподілу психоемоційного стресу на робочому місці серед дитячих та дорослих радіологів у бік зростання професійного вигорання серед спеціалістів, які працюють з дорослими [9].

Шляхами вирішення проблеми втрати зацікавлення та професійного вигорання є побудова нової системи охорони здоров'я, де на рівні з пацієнтоцентричністю буде додатково відбуватись зосередження ресурсів на матеріальне та психологічне благополуччя лікарів, включаючи соціальні пакети послуг та моніторинг ментального здоров'я з впровадженням тестового скринінгу емоційного стану медичних працівників.

Робота була виконана за фінансової підтримки Національного фонду досліджень України.

Список використаних джерел

1. Galbraith, N., Boyda, D., McFeeters, D., Hassan, T. (2020). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bulletin*, 1-4. doi.org/10.1192/bjb.2020.44.
2. Fessel, D., Cherniss, C. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and beyond: micropractices for burnout prevention and emotional wellness. *Journal of the American college of Radiology*, 17(6). doi.org/10.1016/j.jacr.2020.03.013.
3. Sexton, J.B., Adair, K.C. (2019). Forty-five good things: a prospective pilot study of the Three Good Things well-being intervention in the USA for healthcare worker emotional exhaustion, depression, work–life balance and happiness. *BMJ Open*, 9(3). doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022695.
4. Yang, X., Zhang, Y., Li, S., Chen, X. (2020) Risk factors for anxiety of otolaryngology healthcare workers in Hubei province fighting coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 55(8). doi.org/10.1007/s00127-020-01928-3.
5. Reed, L., Mamidala, M., Stocks, R., Sheyn, A. (2020). Factors correlating to burnout among otolaryngology residents. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 129(6), 599-604. doi.org/10.1177%2F0003489420903329.
6. Van Wietmarschen, H., Tjaden, B., Van Vliet, M., Battjes-Fries, M., Jong, M. (2018). Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: a mixed-methods study. *BJGP open*, 2(4). doi.org/10.3399/bjgpopen18X101621.
7. Civantos, A.M., Byrnes, Y., Chang, C., Prasad, A., Chorath, K., Poonia, S. ... Rajasekaran, S. (2020). Mental health among otolaryngology resident and attending physicians during the COVID-19 pandemic: National study. *Head & Neck*, 42, 1597– 1609. doi.org/10.1002/hed.26292.
8. Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Cheng, B., Xu, H. ... Ning, G. (2020). Factors Associated with Resilience Among Medical Staff in Radiology Departments During The Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross-Sectional Study. *Medical Science Monitor*, 26. doi.org/10.12659/MSM.925669.
9. Ayyala, R.S., Baird, G.L., Sze, R.W., Brown, B.P., Taylor, G.A. (2020) The growing issue of burnout in radiology — a survey-based evaluation of driving factors and potential impacts in pediatric radiologists. *Pediatric Radiology*, 50, 1071–1077. doi.org/10.1007/s00247-020-04693-2.

МОРАЛЬНО-ПРАВОВІ ТА БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ В ПРОГРАМІ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

Донік О.

канд.пед.наук, доцент

Литвинова Л.

канд.мед.наук, доцент

Гречишкіна Н.

канд.мед.наук, доцент

Артемчук Л.

асистент

кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Підготовка фахівців за спеціальністю «Громадське здоров'я» передбачає включення до навчального плану спеціальності окремих тем, присвячених питанням біоетики, моралі та права. Обсяг висвітлення цих питань в інших дисциплінах медичних вузів є недостатнім і потребує більш глибокого вивчення саме з позиції соціальної медицини та громадського здоров'я.

Ключові слова: біоетика, громадське здоров'я, підготовка кадрів, морально-правові аспекти.

Біоетика як наука про проблеми моралі стосовно людини та всього живого, визначає, які дії щодо живого з морального погляду є припустимими, а які – неприпустимими. Вона поєднує наукові біологічні знання з людськими цінностями, демонструє, як їх використовувати для забезпечення соціальних благ. Наразі виділяють: загальну біоетику – філософію моралі; спеціальну біоетику, яка розглядає проблеми абортів, штучного запліднення, генної інженерії, трансплантації донорських органів, евтаназію тощо; клінічну біоетику – вирішення етичних дилем в лікарській практиці [1].

Біоетичні питання багатогранні і потребують всебічного висвітлення. Актуальними є взаємовідносини лікаря і пацієнта, міжособистісні відносини всередині медичного колективу, і перш за все, субординаційні та колегіальні, ставлення держави до організації медичної допомоги населенню [2].

Сучасна біоетика має декілька напрямів розвитку: етика медичних професій, клінічних досліджень, охорони довкілля, біоправа. Для сфери громадського здоров'я найважливішим напрямом є соціальна етика, щодо соціальної справедливості розподілу ресурсів охорони здоров'я, біоетичних проблем медицини праці, демографічного розвитку тощо. з метою запобігання захворюванням, спричиненим неправильним способом життя, розробляються і впроваджуються навчально-освітні програми, де розглядаються проблеми етичної, свідомої та керованої зміни поведінки населення, тобто власне промоція здоров'я [3].

Підготовку майбутнього лікаря не можливо уявити без знань медичної етики, моралі та права. Початкові знання з біоетики студенти першого року навчання одержують з курсу «Безпека життєдіяльності, основи біоетики та біобезпеки» на кафедрі філософії, біоетики та історії медицини. Надалі пропонуються за вибором курси «Етика» та «Етичні проблеми в медицині». На 3–4 році навчання кафедрою судової медицини та медичного права викладається дисципліна «Медичне право». До програми підготовки аспірантів входить також навчальна дисципліна «Філософія науки та біоетика».

Із введенням нової спеціальності «Громадське здоров'я» були затверджені стандарти вищої освіти для першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівня цієї дисципліни. Також була розроблена нова програма підготовки фахівців із громадського здоров'я, до якої включені теми практичних занять, присвячені етичним та морально-правовим аспектам їх діяльності.

Зокрема, в темі «Життя як цінність» розглядається проблема права людини на життя, яке відповідно до статті 3 Конституції України є найвищою соціальною цінністю. На сьогодні залишаються суперечливими та дискутабельними морально-етичні аспекти абортів і евтаназії. Ці питання надскладні та потребують подальшого правового врегулювання [4].

Не менш важливим є право громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу (стаття 49 Конституції України). в темі «Морально-етичні та правові аспекти втручання в охороні здоров'я», де розглядається проблема біоетики в сфері громадського здоров'я, студенти аналізують існуючі відмінності медичної етики та етики громадського здоров'я, обговорюють етичні питання, які виникають в охороні здоров'я та в громадському здоров'ї. Саме конфлікт інтересів особистості та суспільства – основний етичний аспект громадського здоров'я. Так, загальна вакцинація

і формування колективного імунітету можливе лише за умови масової імунопрофілактики при одночасному збереженні права кожного громадянина на відмову від неї. Аналогічні протиріччя виникають у вирішенні проблем дотримання прав та свобод ВІЛ-інфікованих чи хворих на СНІД. Також потребують правового врегулювання клінічні випробування лікарських засобів, як окремий вид медико-біологічного експерименту за участю людини.

Кожного дня ми чуємо про проблеми в медицині, причиною яких є недостатнє фінансування, незадовільне матеріально-технічне та кадрове забезпечення медичних закладів. Кожна із сторін конфлікту має свою правду і робить все, щоб прийнята була її точка зору. Розв'язання конфліктних ситуацій представниками медичної спільноти є ключовим. Тому до програми підготовки фахівців громадського здоров'я увійшла ще й тема «Стреси і конфлікти. Механізми захисту людей від дій стресу», в якій охарактеризовані фактори, що викликають стреси та шляхи їх уникнення та розглядаються найбільш ефективні способи розв'язання конфліктних ситуацій. Саме сучасні форми навчання – дискусії, рольові та ділові ігри тощо, допомагають на таких заняттях студентам у вирішенні ситуаційних задач, адже еталонних рішень у складних життєвих ситуаціях не існує.

Пандемія Covid-19 ще більше загострила наявні морально-етичні проблеми дотримання прав людини, які обмежуються, особливо через введення карантину. Деякі з обмежень знаходяться на межі отримання блага та [порушення прав](#). Наприклад, страх здорового заразитися від хворого (чого тільки варта історія зі Санжарами), нестача медичних ресурсів (ліжок, персоналу, тестів, масок, антисептиків, ліків, апаратів ШВЛ тощо), пріоритет у лікуванні молодих пацієнтів (ситуація з пандемією в Італії). Слід також згадати про супротив окремих осіб щодо дотримання карантинних заходів, високу вартість і низьку якість тестів, бажання якнайшвидшого використання вакцини без її належного клінічного випробування, відсутність адекватної оцінки професійного ризику медичних працівників та їх правового та соціального захисту.

Звичайно, навчальний план підготовки лікарів перенасичений різними навчальними дисциплінами. Навіть обираючи курс за вибором, студенти надають перевагу тим навчальним предметам, які допоможуть збагатити їх клінічний світогляд та покращать їх практичні навички. Майбутньому лікарю у його практичній діяльності важко буде знайти однозначні відповіді на постійно виникаючі етичні питання, використавши

ті знання з біоетики, які вони отримали з невеликих курсів лекцій та практичних занять. Залишається лише сподіватися, що спілкування зі старшими колегами та їх власний досвід, набутий з роками, дозволять майбутнім фахівцям громадського здоров'я приймати правильні рішення щодо складних біотичних питань, важливість яких вони засвоїли на етапі додипломної освіти.

Список використаних джерел

1. Кулініченко, В. Л. (2001). Філософсько-світоглядні засади біоетики. *Практична філософія*. (3), 37–43.
2. Підручник з лікарської етики. (2009). Л. Пирог (ред.). Київ.
3. Кучера, Т. (2014). Біоетика: огляд найактуальніших проблем. *Університетська кафедра*. (3), 67–91. Вилучено з http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ukaf_2014_3_9
4. Кожан, В. Окремі аспекти реалізації права на життя. (2015). *Національний юридичний журнал: теорія і практика*. (6), 33 – 37.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРИКАРПАТТЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Матвіюк О.

<https://orcid.org/0000-0003-0186-8787>

Пришляк О.

<https://orcid.org/0000-0002-3256-5108>

Бойчук О.

<https://orcid.org/0000-0003-0646-6533>

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології, Івано-Франківський національний медичний університет

Гуровська Н.

КНП «Обласна клінічна інфекційна лікарня», Україна

Спеціальність лікаря є найбільш складною сферою діяльності, що сама по собі сприяє розвитку хворобливих станів. Дана тенденція чітко простежується при виконанні професійних обов'язків лікарями в умовах пандемії COVID-19.

Мета. Провести оцінку психологічних особливостей надання кваліфікованої допомоги медичними працівниками в умовах пандемії COVID-19.

Матеріали і методи. Проведено анкетування медичних працівників, що були залучені до надання медичної допомоги хворим на COVID-19, а також медичних працівників, що не були залучені до лікувального процесу в умовах пандемії. Загальний стан психічного здоров'я медичного персоналу оцінювали за шкалою "The Symptom Checklist-90-Revised" або SCL-90-R.

Результати та їх обговорення. в дослідженні взяли участь 60 медичних працівників, які були розділені на три групи в залежності від присутності в професійній діяльності стресового чинника. Серед медичних працівників був розповсюджений опитувальник SCL-90-R, заповнення chek-листа відбувалось анонімно. За результатами опитування найвищий показник наявного симптоматичного дистресу (GSDI) відмітили у II групі опитаних (медичних сестер ОКІЛ). Глобальний індекс тяжкості дистресу (GSI) також був найвищим у II групі анкетованих. Результати опитування по окремим шкалам достовірно підтверджують підвищену ступінь тривожності і стресу у ситуаційно залучених медичних працівників, проте рівень міжособистісної чутливості був значно нижчим у лікарів ситуаційно залучених. в ході дослідження також були виокремлені фактори ризику, що суттєво впливали на розвиток стресу.

Висновки. Виконання професійних обов'язків у умовах пандемії COVID-19 має безпосередній вплив на психічний стан медичного працівника, що вимагає всебічного вивчення та розробки способів корегування.

Ключові слова: синдром емоційного вигорання, стрес, медичний персонал, COVID-19.

Актуальність. Медицина є найбільш складною сферою діяльності, що вимагає, окрім спеціальних знань і практичних навичок, також інтуїції та високих душевних якостей. Існує думка, що сама по собі спеціальність лікаря сприяє розвитку хворобливих станів. Синдром емоційного вигорання розглядається як результат несприятливого розвитку стресу на робочому місці, що характеризується емоційним, розумовим і фізичним виснаженням працівника[1]. Це проявляється як: розчарування в професії і деморалізація, погіршення стану психічного і соматичного здоров'я практикуючих лікарів, розвиток схильності до вживання психоактивних

речовин, розвиток схильності до суїцидів, ріст професійних злочинів серед медичних працівників [2, 3, 4,5, 6].

Психологічні чинники та умови професійної діяльності медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 формують не тільки високі професійні вимоги, але й безпосередньо впливають на особистість медика. Разом із тим, психологічні особливості професійної діяльності лікарів, зокрема психологічні чинники, що впливають на її успішність, вимагають поглибленого вивчення.

Мета роботи. Провести оцінку психологічних особливостей надання кваліфікованої допомоги медичними працівниками в умовах пандемії COVID-19.

Матеріали і методи. Проведено анкетування медичних працівників, що були залучені до надання медичної допомоги хворим на COVID-19 – лікарів та медичних сестер Обласної клінічної інфекційної лікарні та кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Івано-Франківського національного медичного університету, а також медичних працівників, що не були залучені до лікувального процесу в умовах пандемії. Загальний стан психічного здоров'я медичного персоналу оцінювали за шкалою "The Symptom Checklist-90-Revised" або SCL-90-R[7, 8]. Оцінку отриманих результатів проводили шляхом обчислення трьох індексів психологічного дистресу: глобального індексу тяжкості дистресу (GlobalSeverityIndex), індексу наявного симптоматичного дистресу (Positive Symptom DistressIndex), загальної кількості виявлених симптомів (PositiveSymptomsTotal). Інтерпретували результати на підставі комбінації трьох рівнів агрегованих даних: узагальненого балу за всіма пунктами методики (соматизації, obsесивно-компульсивного розладу, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості, фобійної тривожності, параноїдальних ідей, психозів), узагальненого балу за підшкалами (однією і більше), що відображають відповідні симптоматичні виміри, а також на підставі зазначених вище індексів [7; 9].

Результати дослідження та обговорення. в дослідженні взяли участь 60 медичних працівників, які були розділені на три групи в залежності від присутності в професійній діяльності стресового чинника: I група – 20 практикуючих лікарів-інфекціоністів ОКІЛ та лікарів кафедри інфекційних хвороб та епідеміології ІФНМУ, II група – 20 медичних сестер відділення інтенсивної терапії та стаціонарного відділення ОКІЛ, III група – 20 практикуючих лікарів, що в умовах карантинних заходів не були залучені до надання медичних послуг. Серед медичних працівників був

розповсюджений опитувальник SCL-90-R, заповнення чек-листа відбувалось анонімно. За результатами опитування найвищий показник наявного симптоматичного дистресу(GSDI) відмітили у медичних сестер, що у 1,8 рази перевищував показник серед опитаних і групи, та у 2,7 рази перевищував показник серед опитаних III групи. Глобальний індекс тяжкості дистресу (GSI) також був найвищим у II групі анкетованих. Значення по окремих шкалах (соматизація, obsesivna-kompul'sivnist', тривожність, фобічна тривожність та психотизм) достовірно підвищувались в групі залученого до лікування пацієнтів із COVID-19 персоналу порівняно із ситуаційно незалученими ($p < 0,05$), тоді як показник – міжособистісної чутливості був значно нижчим у лікарів ситуаційно залучених. Встановлено анамнестично, що на рівень тривоги та стресу суттєво впливали якість сну та соціальної підтримки медичних працівників. в ході дослідження були виокремлені наступні чинники, що сприяли розвитку стресу: стаж роботи понад 10 років, супутні хронічні захворювання, психічні розлади в особистому анамнезі, наявність серед членів сім'ї або родичів пацієнтів із діагностованим COVID-19 або ймовірно заражених осіб. Натомість психосоціальна підтримка та повне охоплення всіх медичних працівників захисними засобами та заходами були захисними чинниками.

Висновки. Отже, під час виконання професійних обов'язків в умовах COVID-19 медичні працівники піддаються дії факторів ризику, котрі мають безпосередній вплив на психічний стан медичного працівника. Це призводить до низки несприятливих змін як для самої особистості медичного працівника, так і успішності його діяльності, зокрема, до професійної деформації та емоційного вигорання медика.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці алгоритмів виявлення, лікування та запобігання проблемам психічного здоров'я медичних працівників у розпал пандемії COVID-19.

Список використаних джерел

1. Lysenko, O. G. (2017). Psykhohichni osoblyvosti profesiinoi diialnosti medychnykh pratsivnykiv. [Psychological features of health workers professional activities]. Aktualni problemy psyhologii. (45), 61-65.
2. Ognerubov, N. A. (2013). Kriminologicheskije aspekty professional'nogo vygoranija medicinskih rabotnikov. [Criminological aspects of professional activity of medical workers]. Nauka obrazovanie i biznes:

problemy perspektivy, integracija: m-ly Mezhdunar. Zaочно jnauch.-prakt. konf., 122–123.

3. Ognerubov, N. A. (2014). Professional'nye prestuplenija medicinskih rabotnikov (avto-ref. diss. nasoiskanieuch. stepenikand. jur. Nauk) [Professional crimes of medical workers].

4. Ognerubov, N. A. (2013). Sindromj emocional'nogo vygoranija kak determinanta prestupnosti v sfere medicinskoj dejatel'nosti. *Social'no-jekonomicheskiejavlenija i processy*. (1), 245–247. [Emotional burnout syndrome as a determinant of crime in the field of medical activity].

5. Ognerubov, N. A., Ognerubova, M. A. (2015). Sindromj emocional'nogo vygoranija u vrachej-terapevtov. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Serija «Estestvennye i tehniczeskie nauki»*. (2). 307–318 .

6. Ognerubov, N. A. (2010). *Jatrogenii v medicinskoj dejatel'nosti: ugovovno-pravovoj aspekt*. Voronezh: Izd-vo VGU.

7. Vaurio, R. (2011). Symptom Checklist-90-Revised. *Encyclopedia of Clinical Neuro-psychology*. New York; Dordrecht; Heidelberg; London: Springer.

8. Xing, J., Sun, N., Xu, J. et al. (2020). Xu were co-corresponding J. Study of the mental health status of medical personnel dealing with new corona-virus pneumonia. Preprint. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.04.20030973>).

9. Bufka, L. (2010). Brief Measures for Screening and Measuring Mental Health Outcomes. Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders. *The Guilford Press*. 62–94.

INFLUENCE OF THE DISTAL LEARNING ON THE PSYCHOLOGICAL CONDITION OF ENGLISH-SPEAKING STUDENTS OF STOMATOLOGICAL FACULTY OF VINNYTSYA NATIONAL PIROGOV MEMORIAL MEDICAL UNIVERSITY

Romashkina O.

Senior Lecturer, Department of Prosthetic Stomatology

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

The publication contains the data about the attitude of the English-speaking students of Stomatological Faculty of Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University to the distal learning during the quarantine caused by Corona virus action.

Key words: attitude, distal learning, English-speaking student .

The recurring theme of growing demand for access to education is seen everywhere internationally, with computer-based learning viewed as at least a partial solution [1; 2]. According to a majority of the institutions surveyed, an important consideration for offering distance education courses was to increase student access by offering courses at convenient locations and reducing time constraints [2]. Now the spread of Covid 19 throughout the world has caused the development of the distal learning in higher educational institutions of Ukraine. The distal education has highlighted some problems including psychological troubles among foreign students who study in Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University and master the profession of a dentist, e.g. English-speaking students. In order to identify the psychological state of those students we conducted an anonymous survey among future dentists studying in the first year, in the second year, in the third year, in the fourth year, and in the fifth year of the Stomatological Faculty. The questions were answered by 88 students who came to Ukraine to study from Europe (Azerbaijan, Finland, Poland, Sweden), from Africa (Egypt, Kenya, Morocco, Namibia, Tunisia), from Asia (China, India, Lebanon, Palestine, Syria, Turkey, UAE, Yemen), from the North America (Canada), and from The South America (Ecuador). The analysis showed that 46 students had the experience of distal learning (online classes) in their Motherland, and for 42 students this experience first took place in Ukraine. Among the students who have gained the experience of distance learning in their homeland students from the European countries, from the North America and from Asia (China, UAE) predominate. The students answered the question 'How long did you have the distal learning in your homeland?' in such a way as 'We had it several days per a week' (8 persons); 'We had it regularly' (2 persons), 'We had it during several weeks' (6 persons). The vast majority of students gained the distal education experience for the first time in Ukraine, where they had online classes for several months (42 students). 61 students answered "yes" to the question 'Did you like online classes?', 23 students gave a negative answer, and 4 students answered that they were indifferent to type of their learning. In their comments students didn't explain what exactly attracted them to distal learning, but they explained what exactly they did not like about distal

education. For example, student of the fifth course wrote: Learning at home is boring ... I know very well that it is an emergency situation ... But that situation made me lose my spirit of learning, friendship and boredom ... I hope that everything will be fixed soon...Student of the fourth course noted: I feel online classes are not as effective as being in actual class, because when we come to class we know we need to read , study and prepare, but online classes one can choose to be lazy. At the end no much knowledge was acquired during this period ... Student of the second course complained: We stopped practice...Student of the first course wrote: Some of the things that bugged me were sometimes bad internet signals, the things that a student can do in order to deliver the idea to his doctor are very limited, again communicational problems such as broken microphone, time zone problems...Student of the fifth course commented: I support the offline studying because we “as fifth course” need more practice in our specialty and your knowledge about krok test... To the question ‘What feelings did you have about replacing class room classes with online classes?’ 34 students responded with feelings of anxiety, 15 students wrote about their uncertainty in their own future, 20 students wrote about their fear for their own health, indifference was found in 7 students, 12 students couldn’t answer the question. At the end of the online academic year, most students reported grief for their relatives (29 persons), and desire to communicate actively (31 persons), 17 students felt physically exhausted, 35 students felt emotionally drained, 4 students felt indifferent. Thus, distance learning has demonstrated, along with the willingness and experience of foreign students to this type of education, the rejection, or forced acceptance of online education in higher medical education due to the problems including psychological.

Reference

1. Berg, G. A. (2005). Editor’s note. In *Encyclopedia ‘Distal Learning’*. IGI Global.
2. Salimi, A. Y. (2007). The promise and challenges for distance education in accounting. *Strategic Finance*, January, 19-21.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МОЛОДИХ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Похилько В.

<https://orcid.org/0000-0002-1848-0490>

Цвіренко С.

<https://orcid.org/0000-0002-2304-9136>

Адамчук Н.

<https://orcid.org/0000-0001-5868-6031>

Чернявська Ю.

<https://orcid.org/0000-0002-4522-7538>

Бодулев О.

<https://orcid.org/0000-0001-5615-3792>

**Українська медична стоматологічна
академія, Україна**

Праця медичних працівників характеризується вираженою психічною, моральною та етичною напругою і належить до числа найбільш складних видів діяльності людини. За таких умов зростає частота станів дезадаптації з відчуттям невпевненості, незахищеності, зниження якості життя, що виражається у нервово-психічних та психосоматичних розладах, аутоагресивній поведінці, і її крайній формі – суїциді. в нашому дослідженні висвітлено дані щодо раннього формування синдрому втоми та дослідження психо-емоційного стану у лікарів інтернів різної спеціалізації в умовах пандемії COVID-19.

Ключові слова: синдром втоми, професійне вигорання, лікарі, пандемія.

Праця медичних працівників характеризується вираженою психічною, моральною та етичною напругою і належить до числа найбільш складних видів діяльності людини. Працівники охорони здоров'я - це одна з соціальних груп населення, яка кожного дня стикається не тільки зі значним інформаційним навантаженням (часто негативним), а й з найрізноманітнішими проблемами своїх пацієнтів, що в кінцевому підсумку обумовлює значне соціально-психологічне навантаження. За таких умов зростає частота станів дезадаптації з відчуттям невпевненості, незахищеності, зниження якості життя, що

виражається у нервово-психічних та психосоматичних розладах, аутоагресивній поведінці, і її крайній формі – суїциді. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, самогубство є однією з трьох основних причин смерті людей у віці від 15 до 35 років [1]. Та найчастіше серед лікарів зустрічається синдром професійного вигорання, що призводить до зниження ефективності праці, зниження стимулу до саморозвитку і відсутності професійних досягнень [2].

Статистичні дані, нажаль, вказують на те, що з роками професійне вигорання «молодшає», що потребує дослідження цього питання і розробки профілактичних заходів у середовищі медичних працівників, особливо у відділеннях з високим рівнем летальності (реанімаційне, інтервенційне, хірургічне). Останнім часом дослідники професійного вигорання вказують на необхідність розробки і втілення ефективних превентивних засобів не лише проявів хронічного професійного стресу, але й синдрому хронічної втоми, що є першою ланкою формування астеничного синдрому і суїцидальних тенденцій як активної (внутрішньої) форми аутоагресивної поведінки [3; 4]. в умовах пандемії COVID-19 лікарі кожного дня стикаються не тільки з високим рівнем захворюваності і летальності (що саме по собі призводить до вираженого психоемоційного навантаження), а також змушені міняти звичний розпорядок життя через карантинні заходи та економічну нестабільність у країні. Все це призводить до раннього розвитку професійного вигорання навіть у молодих спеціалістів, та може бути причиною формування депресивних поведінкових розладів.

Метою нашої роботи було вивчення психоемоційного стану лікарів-інтернів Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава) з можливим визначенням групи людей з елементами суїцидальної поведінки та людей з раннім формуванням синдрому втоми. Нами було використано «Опитувальник суїцидального ризику» (модифікація Т. М. Разуваєвої). Даний опитувальник найбільш широко використовується психологами при індивідуальному та груповому тестуванні для експрес-діагностики суїцидального ризику; виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів з метою попередження серйозних спроб самогубства і дозволяє запобігти вчинення спроб самогубства. Для оцінки синдрому втоми застосовували шкалу астеничних станів за Л. Д. Малковою.

Вибірку нашого дослідження склали 106 лікарів-інтернів, серед яких було 22 (20%) лікарі-інтерни анестезіологи, 28 (26%) лікарів-інтернів

хірургів, 27 (25%) лікарів-інтернів загальної практики-сімейної медицини, 29 (29%) лікарів-інтернів педіатрів. За результатами аналізу відповідей респондентів нами виявлено такі риси у студентів: демонстративність – 3 %; афективність – 2 %; унікальність – 2 %; неспроможність – 4 %, соціальний песимізм – 5 %; злам культурних бар'єрів – 1 %; максималізм – 10 %; тимчасова перспектива – 1 %, антисуїцидальний фактор – 100 %. Синдром втоми присутній у всіх інтернів-анестезіологів та інтернів-хірургів. Серед інтернів загальної практики-сімейної медицини синдром втоми має місце лише у 9 людей. у інтернів педіатрів синдром втоми відсутній.

Нашу увагу привернув той факт, що для всіх респондентів притаманний антисуїцидальний фактор, що навіть при наявності всіх інших факторів знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку. у певному сенсі це показник здорового психологічного клімату в середовищі молодих лікарів.

Відносно поширений у лікарів-інтернів юнацький максималізм ми трактували як етап становлення особистості.

Превалювання синдрому втоми у інтернів анестезіологів та хірургів говорить про значну складність і напруженість праці, що посилюється в умовах пандемії і потребує особливої уваги. Адже профілактика раннього формування професійного вигорання надасть можливість покращити якість надання медичних послуг.

Таким чином, наше дослідження показало, що заклад вищої освіти повинен створити молодому фахівцю всі необхідні умови для його духовного розвитку, вільної світоглядної позиції і високого рівня сформованості культури особистісного самоствердження, що сприятиме забезпеченню психічного здоров'я у середовищі молодих лікарів.

Список використаних джерел

1. World Health Organization: <http://www.who.int/countries/ukr/en/>
2. Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
3. Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a

systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports, 15(7), 1905–1933. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>

4. Williamson K, Lank PM, Cheema N, Hartman N, Lovell EO. (2018). Emergency Medicine Education Research Alliance (EMERA). Comparing the Maslach Burnout Inventory to Other Well-Being Instruments in Emergency Medicine Residents. *J Grad Med Educ.* Oct, 10(5), 532-536. doi: 10.4300/JGME-D-18-00155.1. PMID: 30386478; PMCID: PMC6194874.

СЕКЦІЯ:
ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

**THE ACTUALITY OF TEACHING LAW TO DOCTOR OF GENERAL PRACTICE-
FAMILY MEDICINE WHILE STUDYING DERMATOVENEREOLOGY**

Denysenko O.

Professor, Head

<https://orcid.org/0000-0003-4871-9500>

Perepichka M.

Associate Professor

<https://orcid.org/0000-0002-8143-4489>

Karvatska Y.

PhD, Associate Professor

<https://orcid.org/0000-0001-9691-0081>

**Department of Dermatovenereology, HSEE
of Ukraine "Bukovinian State Medical
University", Chernivtsi, Ukraine**

In recent years, in connection with the reorganization of medicine, which involves increasing the role of primary health care and expanding the range of nosologies, including dermatovenereology, which are faced by doctors specializing in "General Practice - Family Medicine", one of the important tasks of the training of primary care physicians is the teaching of legal aspects of medical activities, in particular those relating to patients with infectious skin and venereal diseases.

Key words: legal knowledge, dermatovenereology, general practice - family medicine.

In the context of reforming the medical sector of Ukraine, the urgent task of higher medical education is to improve the quality of professional training of medical workers at various levels of practical health care in order to provide the population with timely and qualified medical care [1]. In this aspect, the requirements for providing quality training of medical workers at the postgraduate stage of acquiring professional knowledge are increasing. At the

same time, important aspects of the pedagogical process in medical education institutions are the formation of moral principles and low awareness of future medical professionals of different levels in order to properly perform their professional duties in the future [2, 3].

As the reorganization of the medical sector involves the growing role of primary health care, the urgent task of higher medical education is to ensure quality training of general practitioner - family medicine doctor, which is the key to successful medical reform [4]. Given the significant expansion of the range of nosologies, including dermatovenereology, faced by physicians specializing in "General Practice - Family Medicine" in their practice, one of the important tasks of training primary care physicians is to teach the law aspects of medicine, including those related to patients with infectious skin and venereal diseases.

In modern conditions of providing medical care to the population, health care workers of different levels and specialties must clearly know the main provisions of the Law of Ukraine "Fundamentals of Ukrainian legislation on health care" [5]. From the point of view of legal relations it is necessary for the aim of qualified performance of their professional duties and prevention of violations of laws on health protection, which may lead to administrative or even criminal liability. In order to master interns and trainees in the specialty "General Practice - Family Medicine" the basics of legal relations, teachers of the Department of Dermatovenereology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University" acquaint future medical professionals with the basic provisions of current legislation, rights and responsibilities medical workers related to the dermatovenereological service. Due to the persistence of a high incidence of sexually transmitted diseases in Ukraine and the significant spread of infectious skin diseases (dermatomycoses, dermatozoonoses, etc.), knowledge of the Law of Ukraine "On protection of the population from infectious diseases" is especially relevant [6].

Teachers of the department of Dermatovenereology draw the attention of interns and doctors specializing in "General Practice - Family Medicine" to the main provisions of this law during lectures and practical classes on dermatovenereology, including the provisions on mandatory treatment and legal protection of patients with sexually transmitted diseases (Article № 26 of the Law of Ukraine "On Protection of the Population from Infectious Diseases"), as well as the procedure for registration and accounting of infectious patients (Article № 35 of the same Law). At the same time, it is

emphasized the need to maintain medical confidentiality regarding the results of the examination of patients with sexually transmitted diseases, intimate and family aspects of their lives (Article № 40 of the “Fundamentals of Legislation...”), as well as the responsibility for violations of health care legislation by medical workers (Article № 80 of the same Law) [6].

It is important for doctors of the specialty “General Practice - Family Medicine” to know the sections of the “Criminal Code of Ukraine”, which provides criminal and administrative liability for infection with human immunodeficiency virus or other incurable infectious disease (Article № 130), disclosure of information about conducting a medical examination to detect infection with human immunodeficiency virus or other incurable infectious disease (Article № 132), sexually transmitted disease (Article № 133) [7].

Knowledge of the above articles of the laws of Ukraine on health care is important not only for the qualified performance of their professional duties by doctors of various specialties, but also for targeted health education among patients and the ordinary population for timely diagnosis, treatment and prevention of infectious skin and sexually transmitted diseases.

Thus, teaching aspects of legal knowledge is an important component of the pedagogical process at the department of dermatovenereology, including the teaching of the discipline “Dermatovenereology” to interns and doctors specializing in “General Practice - Family Medicine”, which aims to train highly qualified physicians of primary health care and prevention of violations of the main provisions of current legislation concerning patients with dermatovenereological profile.

List of literature

5. Шатило, В. Й., Гордійчук, С. В. (2015). Забезпечення якості освітньої діяльності як шлях реалізації Закону України “При вищу освіту”. *Медична освіта*, (2), 94-98.

6. Савицька, Н. І., Мочульська, О. М. (2019). Формування правової компетентності керівників медсестринства на етапі післядипломної освіти. *Медична освіта*, (2), 107-113. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.2.9872>

7. Humenna, I. R., Nakhaieva, Ya. M. (2020). The moral principles formation of future doctors during the educational process. *Медична освіта*, (2), 56-60. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2020.2.11147>

8. Стрільчук, Л. М., Шумлянський, І. В., Ільницька, Л. А. (2015). Якісна підготовка лікаря загальної практики-сімейної медицини – запорука успішності медичної реформи. *Практичний лікар*, (2), 75-77.

9. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон України), Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

10. Про захист населення від інфекційних хвороб (Закон України). Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>

11. Кримінальний кодекс України. Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2001-05#Text>

ГЕНЕЗИС СФЕРИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Бухтіярова І.

*кандидат юридичних наук, доцент
кафедри публічного управління та
адміністрування*

**Національна академія внутрішніх справ,
Україна**

<https://orcid.org/0000-0001-6348-9577>

Протягом століть медична допомога не була загальноновизнаним правом, вона була привілеєм лише заможних верств населення. Тільки з другої половини ХХ століття поступово почало складатися уявлення про право на охорону здоров'я як про невід'ємне право кожної людини, незалежно від його майнового статусу, цивільного стану, етнічної чи конфесійної приналежності.

Під час надання медичної допомоги населенню у різні часи, та зокрема, у первісний період, опиралося на здобутий досвід та національно-історичні особливості в Україні. Також відбувалося запозичення досвіду з інших країн тощо. Сфера охорони здоров'я цілком обґрунтовано визнається життєво важливою, притому в буквальному сенсі слова, і для окремої людини, і для суспільства в цілому.

Впродовж свого життя кожна людина звертається, і до того ж неодноразово, до допомоги та послуг тих, хто професійно зайнятий у цій сфері, причому нерідко його регулярний, а то і постійний контакт з ними триває довгі місяці і навіть роки. Але кількість і тривалість таких контактів людини зі сферою надання медичної допомоги – лише одна сторона справи. Інша ж, і не менш важлива, полягає в тому, що такі

контакти, як правило, справляють на людину – пацієнта дуже і дуже глибокий вплив. Такими контактами часом визначається можливість збереження подальшого життя пацієнта або його повноцінність.

Проаналізовані суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги, зроблений аналіз нормативних документів та наукової літератури які їх регулюють. Узагальнено основні етапи розвитку сфери надання медичної допомоги.

Ключові слова: медична допомога, охорона здоров'я, медицина, розвиток, надання медичних послуг, генезис, сфера.

Незважаючи на те що зароджувалася медицина і система охорони здоров'я в Київській Русі (X–XII ст.) і відрізнялася на цьому етапі появою перших професійних лікарів і медичних установ, надання їй державного характеру можна відносити до періоду існування Російської імперії, саме тоді Україна входила до її складу (II чверть XVIII ст. – 1917 р.), де медична допомога і лікарське забезпечення отримали значний розвиток. Задokumentований початок розвитку сфери надання медичних послуг та запровадження державного характеру охорони здоров'я відноситься до часів правління Петра I.

Правовий базою для регламентації медичної допомоги того часу став прийнятий 24 грудня 1735 р. указ «Генеральний регламент про госпіталях і про посадах певних при них докторів і інших медичного чину служителів, також комісарів, писарів, майстрових, робітників і інших до цією підлягають людей»[1, с. 49].

1 січня 1864 було видано «Положення про губернські і повітові земські установи», яким для управління місцевими справами створювалися губернії і повіти. Реальні життєві потреби призвели до того, що медицина стала однією з найважливіших функцій земства. До появи земської медицини сільське населення (більше 90% населення країни того часу) не мало можливості отримувати організовану лікарську і медичну допомогу [2, с. 155].

Крім надання медичної лікувальної та санітарної допомоги населенню, лікарі земської медицини проводили ряд досліджень, давали санітарний опис місцевостей, а також вивчали захворюваність населення.

У XIX – початку XX ст. в Російській імперії, до складу якої входила Україна, лікарі лікували без обмежень всі захворювання. в подальшому доктора стали надавати допомогу, наприклад, лише жінкам або лише

дітям, створюючи організації в залежності від обраної ними професійної сфери.

У 1918 р. було створено єдину державну охорону здоров'я, яка об'єднала всі раніше існуючі системи і форми медицини. Охороною здоров'я населення країни став керувати Наркомздрав – перше в світі міністерство охорони здоров'я, яке очолив М. А. Семашко, видатний лікар, вчений, організатор.

Пізніше, в Конституції СРСР 1936 р. вперше було закріплено право громадян на матеріальне забезпечення в старості, в разі хвороби і втрати працездатності. Медична і лікарська допомога стали надаватися тільки за рахунок бюджетних коштів, а право на медичне обслуговування виникло у всіх громадян незалежно від того, застраховані вони чи ні.

З 1939 р. на промислових підприємствах стали створюватися медико-санітарні частини, оснащені всім необхідним для лікувально-профілактичної та санітарно-епідеміологічної діяльності. Одночасно збільшилася кількість сільських лікарських дільниць [3, с. 83].

У 1941–1945 роки завдання охорони здоров'я істотно змінилися. Пріоритет отримали питання медичної допомоги пораненим, охорони здоров'я дітей, медичного обслуговування трудівників тилу, протиепідемічні заходи.

В 1960-х роках відбулася диференціація терапевтичної служби і виділення в самостійні спеціальності кардіології, ревматології, пульмонології, гастроентерології, нефрології та ін. у сільській місцевості в ці роки відбувалася істотна реорганізація медичної допомоги населенню – повсюдне створення центральних районних лікарень, організація в них спеціалізованих відділень (терапевтичних, хірургічних, педіатричних та ін.) [4, с. 16].

В кінці 1980-х – початку 1990-х років криза політичної і соціально-економічної системи країни особливо сильно вплинула на сферу надання медичної допомоги [5, 7]. Реальне реформування первинної медико-санітарної допомоги почалося в Україні в 1987 р, коли з'явився наказ Міністерства охорони здоров'я про експериментальне запровадження сімейної медицини. з 1991 р. на циклі інтернатури почали готувати лікарів загальної практики / сімейних лікарів. а в 1995–1997 рр. були офіційно затверджені спеціальність і посада «лікар загальної практики / сімейний лікар» [6, с. 19].

Обговорення стану та перспектив впровадження сімейної медицини в Україні відбувалося на I з'їзді сімейних лікарів України (7–8 листопада

2001 року, Львів) [8, с. 21]. в рамках роботи І з'їзду сімейних лікарів була прийнята Концепція розвитку сімейної медицини, що дало значний поштовх до подальшого розвитку сімейної медицини в Україні.

Отже, історичний розвиток сфери надання медичної допомоги, є досить актуальним для розвитку медицини в Україні на сьогоднішній день. Встановлено, що зароджувалася медицина і система охорони здоров'я в Київській Русі. З'ясовано, що принципи загальної та безкоштовної медицини почали формуватися вже в кінці XVIII ст. Після 1917 р. розпочався новий етап розвитку державних медичних установ з корінним реформуванням медико-санітарної справи. Кожне десятиліття ХХ століття знаменувалося рядом відкриттів та реформ, які відбивалися на сфері надання медичної допомоги. з набуттям Україною незалежності почався новий етап у реформуванні системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Natsionalna stratehiia reformuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini na period 2015–2020 rokiv. (2019). [National strategy for reforming the health care system in Ukraine for the period 2015-2020]. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.
2. Sytenko, O. P. (2014). Formuvannia derzhavnoi polityky z okhorony zdorovia v Ukraini [Formation of state policy on health care in Ukraine]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy*. №2 (60). S. 15–18.
3. Strelchenko, O. H. (2019). Rehuliuвання sfery obihu likarskykh zasobiv v Ukraini: administratyvno-pravove doslidzhennia: monohrafiia [Regulation of the sphere of circulation of medicines in Ukraine: administrative and legal research] monograph. Kyiv. Vydavnychiy tsentr «Kafedra».
4. Kniazevycha, V. M. (2010). Okhорона zdorovia Ukrainy: stan, problemy, perspektyvy. [Health care of Ukraine: state, problems, prospects / for general. ed.] Kyiv. Naukova dumka.
5. Kuzmenko, O. V. (2018). Kurs administratyvnoho prava Ukrainy: pidruchnyk 3-tie vyd., dopov. [Course of administrative law of Ukraine: textbook / 3rd ed., Add.]. Kyiv. Yurinkom Inter.
6. Lavrynenko, O. O., Rohova, O. H., Panasiuk, S. A. (2011). Komentar medychnoho zakonodavstva Ukrainy, stanom na 01.03.2011. [Commentary on the medical legislation of Ukraine] Kyiv. «Vyd. dim «Personal».

7. Bukhtiarova, I. H. 2020. Istorychnyi rozvytok sfery nadannia medychnoi dopomohy v Ukraini [Historical development of medical care in Ukraine.]. *Yurydychnyi naukovyi elektronnyi zhurnal*, (1), 146-148.

8. Kniazevycha, V. M. (2010). *Okhorona zdorovia Ukrainy: stan, problemy, perspektyvy*. [Health care of Ukraine: state, problems, prospects / for general. ed.]. Kyiv. Naukova dumka.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» ЯК ВАЖЛИВОГО НАПРЯМКУ РЕФОРМУВАННЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Панфілова Г.

д. фарм. н., професор

**Національний фармацевтичний
університет, Україна**

<https://orcid.org/0000-0001-5297-0584>

Богдан Н.

асистент

**ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет», Україна**

<https://orcid.org/0000-0001-8352-021X>

В роботі представлені результати аналізу ефективності реформування системи охорони здоров'я за окремими напрямками, насамперед, за програмою «Доступні ліки» в організацію надання хворим на серцево-судинні патології, бронхіальну астму та цукровий діабет медичної та фармацевтичної допомоги.

Ключові слова: електронна система охорони здоров'я, програма «Доступні ліки», система охорони здоров'я, реформування охорони здоров'я, проблеми функціонування охорони здоров'я.

З 90-х років минулого століття реформування вітчизняної системи охорони здоров'я (СОЗ) в Україні проводилося з різними темпами інтенсивності та за широким спектром напрямків. При цьому слід відзначити, що саме з 2014 р. процеси трансформації у СОЗ стали набувати системний характер. Так, ще у серпні 2014 р. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) ініціювало розробку Національної стратегії реформування

системи охорони здоров'я в Україні. Основною метою зазначеної стратегії є формування сприятливих умов задля проведення системних реформ в СОЗ та фармацевтичному забезпеченні населення[1]. з часу її розробки минуло вже багато часу. Тому вважаємо за доцільним підсумувати результати впровадження деяких заходів, які спрямовувалися державою на розбудову вітчизняної СОЗ.

Мета роботи – оцінка ефективності реалізації програми «Доступні ліки» в Україні. Обробка матеріалів здійснювалася за допомогою комплексу загальнотеоретичних методів дослідження (історичний, порівняльний, логічний, гіпотетичний тощо). Використовувалися дані, що представлені у відкритому доступі за означеною тематикою досліджень.

Програма «Доступні ліки» почала діяти з квітня 2017 р.. На даний час майже 6,9 млн. громадян стали постійними отримувачами послуг, що надаються за означеною програмою. Було отримано понад 35,9 млн. рецептів на загальну суму 1,89 млн. грн. Сьогодні в реалізації програми приймають участь понад 6000 аптек, при чому їх кількість постійно збільшується. Вже у 2018 р. хворі на серцево-судинні патології, бронхіальну астму та цукровий діабет було отримано 18 млн. рецептів, за якими вони отримали ліків на 1,2 млрд. грн. Тобто, упродовж 2017-2018 років відмічалось збільшення таких показників, як кількість рецептів, сум компенсації та загальної вартості препаратів, які отримали хворі. Звертає на себе увагу той факт, що із 261 препарату за міжнародними непатентованими назвами, які можуть отримати хворі за означеною програмою, 59 найменувань ліків пацієнти мають реальну можливість отримати безкоштовно. у переважній більшості, це ліки вітчизняного виробництва. Це опосередковано сприяє розвитку вітчизняного сегменту фармацевтичного ринку. Вже у 2018 р. Всесвітня організація охорони здоров'я високо оцінила ефективність впровадження програми «Доступні ліки» саме у напрямку підвищення доступні ліків для населення країни.

Незважаючи на численні труднощі в процесі реалізації вищезазначеної програми її ефективна реалізація упродовж 2017-2019 рр. стала одним із перших кроків у напрямку відновлення довіри населення України до держави. Ця програма сформувала стабільну платформи для подальшого розвитку вітчизняної СОЗ.

Список використаних джерел

1. *The national strategy of reforming the system of health in Ukraine for the period 2015-2020* (2015). MOZ Ukraini. Kyiv, Culture Foundation «Vydogen»

ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Мозоль Н.

*кандидат юридичних наук, доцент
доцент кафедри теорії держави та права
Національна академія внутрішніх справ
м. Київ, Україна*

Розглядаються особливості діяльності вітчизняних закладів вищої освіти в умовах пандемії. Визначено ключові елементи освітньої діяльності в період карантину, охарактеризовано основні складові забезпечення навчального процесу під час дистанційного навчання.

Ключові слова: карантин, пандемія, заклад вищої освіти, дистанційне навчання, академічна автономія.

Організація належного функціонування закладів вищої освіти досить специфічний і складний процес, який регламентується не одним десятком нормативно-правових актів. Особливо відповідальним моментом є організація освітньої діяльності в умовах карантину, адже із його запровадженням зазнали змін майже всі звичні нам процеси. Окремі підприємства, на жаль, призупинили чи скоротили свою діяльність, інші ж намагаються, по можливості, пристосовуватись до віддаленої роботи. Саме дистанційна форма роботи навчальних закладів стала ключовим елементом забезпечення належного навчання здобувачів вищої освіти під час карантину навесні 2020 року.

Здебільшого, при будь-яких епідеміях чи масових хворобах перші заклади, що закриваються - саме заклади освіти і зокрема заклади вищої освіти. Це є цілком нормально та логічно, адже учні та студенти перебувають в одному приміщенні протягом дня та постійно контактують один з одним. На жаль, у наших реаліях популярним є рішення майже повністю зупиняти навчальний процес на період карантину [1].

Вітчизняна система освіти не готова та доволі рідко практикує елемент дистанційного навчання, хоча наказ Міністерства освіти і науки № 406 від 16.03.2020 зобов'язував навчальні заклади функціонувати у такому форматі [2]. Проте, закладам все ж бракує технічного устаткування для цього, дехто вважає такий метод неідеальним, тощо. і в результаті ми стали свідками того, що школи та заклади вищої освіти працювали досить обмежено під час карантину, а освітній процес фактично був призупинений.

Необхідно зазначити, що при швидкому поширенні коронавірусної інфекції, важливо максимально зменшити можливості розповсюдження цього вірусу та мінімізувати тяжкі наслідки, до яких він призводить. Вказане сьогодні досягається передусім обмеженням соціальних контактів, скороченням часу перебування в місцях скупчення людей, зокрема і в закладах освіти. Саме в цьому випадку важливим елементом є академічна автономія, яку мають заклади вищої освіти. Вони самостійно визначають, як організувати освітній процес в умовах карантину та які технології використовувати для дистанційного навчання.

Варто зупинитися на ключових особливостях діяльності закладів вищої освіти в умовах карантину:

- забороняється відвідування закладів вищої освіти здобувачами освіти групами кількістю більше ніж 20 осіб - на території регіону (адміністративно-територіальній одиниці) з «помаранчевим» рівнем епідемічної небезпеки;

- забороняється відвідування закладів вищої освіти здобувачами освіти - на території регіону, на якій встановлено «червоний» рівень епідемічної небезпеки;

- необхідно врахувати загальні вимоги щодо маскового режиму, температурного скринінгу, соціального дистанціювання, систематичного миття рук з милом або їх оброблення антисептичними засобами, посиленої санітарної обробки приміщень і поверхонь;

- обов'язково проводити роз'яснення, інструктажі для працівників закладів освіти, розмістити інформаційні плакати про респіраторну гігієну та етикет кашлю, розробити гнучкий графік допуску та маршрут руху студентів в закладах освіти;

- забезпечити у гуртожитках (студмістечках) ізоляторів для розміщення хворих, які не потребують госпіталізації, контактних осіб та осіб, що мають перебувати на самоізоляції;

– у випадку переходу на дистанційне навчання, воно має бути збалансованим і давати студентам можливість досягти результату навчання, а не просто прослухати матеріал. Варто підібрати для цього відповідні форми, які не будуть обмежуватись виключно написанням письмових робіт.

– доречно проводити внутрішні опитування викладачів та студентів щодо процесу дистанційного навчання та своєчасно реагувати на виклики, які можуть виявити результати опитувань. Це дозволить уникнути перевантажень студентів та викладачів, підвищити зручність дистанційного навчання, а також своєчасно забезпечити технічний супровід усіх учасників освітнього процесу тощо [3, с. 37].

Для того, щоб повністю не зупиняти навчальний процес, заклади вищої освіти у своїй діяльності мають застосовувати такі складові:

Гнучкість. в нинішніх умовах це, мабуть, найголовніше. Не потрібно бути заручником ситуації, слід шукати нові, інноваційні виходи для забезпечення освітніх послуг. Здається, що перехід на онлайн освіту - щось страшне, незвичне і незручне, проте для початку варто лиш спробувати;

Безперервне навчання. За умов скасування класичного підвищення кваліфікації, деякі компанії компенсують співробітникам ці блага іншими способами (вибірки курсів, книг тощо). Так само і освітнім установам не варто нехтувати підвищенням компетентності викладачів, навчати їх правильно проводити лекції та семінари онлайн чи самовдосконалюватись, особливо в такі часи. Трансформації, що відбуваються зараз в освітніх процесах - виклик не лише студентам, але й тим, хто їх навчає. Тому незважаючи на те, скільки вам років - 20 чи 50 - варто навчатися чомусь новому, вдосконалювати старе та йти у ногу з часом;

Технічна складова. Не варто економити на сервісах, якими викладач користується чи планує застосовувати. Звичайно, можна безкоштовно використовувати умовний Zoom та кожні 45 хвилин створювати нові віртуальні кімнати для спілкування. Але це буде заважати як студентам, так і викладачам. Платні підписки коштують від 5 до 25\$ на місяць, проте якість послуг та відсутність обмежень виведуть онлайн-освіту на новий рівень. у нинішній ситуації це необхідні інвестиції, які забезпечать максимально ефективне функціонування освітніх установ.

Разом з тим, можна стверджувати, що завдяки екстремальній ситуації, яку влаштував коронавірус, усі учасники освітнього процесу були вимушені почати застосовувати сучасні технології незалежно від того,

хотілося їм цього чи ні. і цей безпосередній практичний досвід дозволив багатьом доволі вправно оволодіти цими новими навичками. Насправді ж технології вже давно стали невід'ємною частиною нашого життя, тож освітяни мають вміти застосовувати цей зручний інструмент, незалежно від того, у якому режимі відбувається навчання.

Список використаних джерел

1. Куничак, О. Що відбувається з освітою в умовах карантину? URL: https://biz.ligazakon.net/ua/analitycs/194213_shcho-vdbuvatsya-z-osvtoyu-v-umovakh-karantinu
2. Про організаційні заходи для запобігання поширенню коронавірусу COVID-19 (наказ Міністерства освіти і науки України). № 406 від 16.03.2020. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-organizacijni-zahodi-dlya-zapobigannya-poshirennyu-koronavirusu-s-ovid-19>.
3. Латигіна, Н. Латигіна, А. (2018). Дистанційне навчання і форми взаємодії у системі «викладач – студент»: *Smart-освіта: ресурси та перспективи: матеріали III Міжнар. наук.-метод. конф.* (с. 36-39), 7 грудня 2018 р. Київ, Україна : Київ. нац. торг.-екон. ун-т.